

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIII

N.º 3

Março de 1957

Neste número:

Trabalhos Originais:

Colecistectomia — Prof. RICARDO FIMOCCHIETTO	187
Aspectos da cirurgia gástrica nos Estados Unidos — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	188
A Vacina Salk — Dr. RILSON LAMAS LOPES	189

Produção Médica de São Paulo:

Associação Paulista de Medicina:	Pág.
Anestesiologia	187
Cancerologia	189
Dermatologia e Sifilografia	191
Hematologia e Hemoterapia	191
Higiene e Medicina Tropical	194
Neuro-Psiquiatria	197
Proctologia	198
Ginecologia e Obstetrícia	193
Medicina	194
Ortopedia e Traumatologia	198
Pediatria	199

Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho

Imprensa Médica de São Paulo:

Sumário dos últimos números	199
-----------------------------------	-----

Vida Médica de São Paulo:

Instituto Nacional de Reabilitação	198
Centro de Estudos Franco da Rocha	199
Faculdade de Medicina de São Paulo	199
Sociedade Médica São Lucas	191
Homenagem	191

Congressos e Cursos Médicos:

IV Congresso Argentino de Gastroenterologia	199
IV Congresso Sul Americano Meridional de Oftalmologia	194
Cursos de Pós-graduação para 1957	199

Literatura Médica:

Livros recebidos	199
Separatas e folhetos recebidos	195

Editados pelo



Sanatório São Lucas

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUI, 80 — SÃO PAULO, BRASIL



LABORATÓRIO TORRES S. A.

No tratamento da

Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral

Pantofedrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

ERITHRINA CHRISTA-GALI
(COM GLUCOSE)

Pantofedrina

*no tratamento da coqueluche
preparado no*

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez	3.500,00
Capa interna (12×19 cm) por vez	3.000,00
1 página (12×19 cm) por vez	2.400,00
1½ página (9×12 cm) por vez	1.300,00
1¼ página (9×5,5 cm) por vez	800,00
Encarte por vez	2.000,00

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Joaquim Távora, 550

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinat. por 1 ano Cr\$ 200,00 — Estrang. US\$ 5,00 — Número avulso Cr\$ 20,00

VOL. LXXIII

MARÇO DE 1957

N.º 3

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Sessão em 28 de março de 1956

Presidente: *Dr. Luís Branco Júnior*

Anestesia na cirurgia da tuberculose pulmonar. Drs. Manoel Puerta Jr. e William Simões Motta. — Os autores apresentaram as anestésias aplicadas a pacientes de tuberculose pulmonar, submetidos a tratamento cirúrgico. Dois grupos de métodos foram considerados: 1 — toracoplastias, pneumotórax extrapleurais e plumbagens com lucite (10 casos); foram analisados os cuidados para corrigir as causas comuns de acidentes (balanço de mediastino, respiração paradoxal, fistulas broncopleurais ou

broncocutâneas); 2 — ressecções pulmonares, compreendendo segmentectomias, lobectomias e pneumectomias (204 casos). Os autores abordaram o problema da anóxia por insuficiência de área respiratória, cavernas insufladas e pulmões enfisematosos. Usaram o pneumoperitônio no pré-operatório e indução por Pentotal-curare, intubação traqueal e manutenção pelo protóxido de azoto e novocaina intravenosa a 8/1.000 com respiração controlada ou assistida, conforme a indicação do caso particular; em alguns

RUBROMALT

Extrato de malte

*Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPEUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

pacientes usaram a sonda de Carlens para separar os pulmões. O decúbito lateral foi a posição de escolha para a cirurgia.

Nossa experiência com o Arfonad. Drs. Antonio Cirenza, Caio Pinheiro, Luis Branco Jr., Pedro Geretto e O. Battaglia. — Os autores fizeram considerações a respeito dos ganglioplégicos e sobre a diferença entre a hipotensão produzida pelos mesmos e o choque. O Arfonad foi usado em cerca de 50 pacientes submetidos a diferentes tipos de operações, incluindo neuro-cirurgia. Os autores concluíram que

a droga apresenta suas maiores vantagens nas cirurgias plásticas e ortopédicas; nesta última preferem o uso de faixas de Esmarch, a fim de não haver o risco do uso de ganglioplégicos. O Arfonad foi usado pelo método do gotejamento; desta maneira, a dose variou muito de doente para doente e a queda da pressão arterial e as hemorragias não foram diminuídas em muitos casos; em outros pacientes foram injetados 25 mg com intervalos de 15 a 20 minutos, havendo sempre queda da pressão arterial.

Sessão em 30 de abril de 1956

Presidente: *Dr. Luis Branco Júnior*

Bloqueio do gânglio estrelado. Fisiopatologia e técnicas. Dr. Jesus Pan Chacon. — O autor analisou o problema da sensibilidade visceral e o arco reflexo autônomo, examinando suas vias aferentes, eferentes, pré e pós-ganglionares. Abordou, em seguida, as relações anatómicas, descritivas e topográficas, do tronco do simpático cervical e torácico superior. O gânglio estrelado ou confluyente cervico-torácico, em especial, é analisado detidamente em suas relações com os nervos, vasos, pleura, vísceras, coluna vertebral e fascias de revestimento muscular, sendo focalizados os aspectos

de interesse para as técnicas de bloqueio. Foram lembrados os segmentos a serem bloqueados e suas respectivas vias aferentes e eferentes. Os aspectos funcionais do controle desses centros (vasomotores, endócrinos e viscerosceptivos) foram evidenciados. Finalmente, o autor examinou os diversos tipos de técnicas utilizáveis para o bloqueio do gânglio estrelado, detendo-se mais na de Moore (1954), à qual dá preferência. O controle clínico do bloqueio e as complicações mais frequentes foram recordadas.

Sessão em 30 de maio de 1956

Presidente: *Dr. Luis Branco Júnior*

Primeiras impressões do Surital por via retal em anestesia para crianças. Dr. Joaquim Mariano da Costa. — O autor iniciou sua exposição fazendo a diferenciação entre anestesia retal e intravenosa. Mostrou, a seguir, os pontos do reto onde se dá a absorção. A respeito da pré-medicação, disse que, nas crianças de 1 ou 2 dias, nada faz e, nas outras, usa atropina, Amplicil e Phenergan, em doses adequadas para a idade e para o estado geral do paciente. Quanto à dose de Surital, é de 40 mg/kg de peso corporal.

O preparo do reto é feito, não por lavagem intestinal, mas sim por supositório. Com uma sonda Nelaton, que permanece no reto durante todo o ato cirúrgico, o Surital é injetado, repetidamente se necessário. Na maioria dos casos esta anestesia foi suplementada com protóxido de azoto, sendo suficiente a concentração de 30%. O autor não teve acidentes atribuíveis a este tipo de anestesia e o pós-operatório foi muito melhor e mais agradável do que com outros tipos de anestesia.



Elegantal



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc)

A base do CÉLEBRE **LEPTOLOBIUM ELEGANS** — CRATAEGUS

OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia
em água açucarada. — Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO

Anestesia para correção de lábio leporino e fenda palatina. O. S. Montenegro. — O autor descreveu a experiência adquirida no Serviço do Dr. Fábio Dória, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. As condições peculiares a estas anestésias são: 1) dificuldade de acesso às vias aéreas; 2) pequena idade e maior tendência a complicações pela intubação; 3) nem sempre se dispõe de material adequado à intubação. As sondas pequenas de borracha predis põem ao edema da glote. O cirurgião teria medo destas complicações, considerando-as de fundo alérgico; daí, o autor ter usado a técnica de insuflação mesofaríngea. Usa barbitúrico e atropina; indução com ciclopropano ou com éter nos pacientes de tenra idade, bem lentamente; nas crianças de mais idade, punciona a veia e injeta Thionembutal, usando depois máscara aberta até abolir os reflexos da faringe; introduz um catéter e insufla éter com ar ou apenas ar, se puder efetuar anestesia intravenosa.

Posição de Rose; tração da língua com sutura; o auxiliar do cirurgião deve aspirar continuamente a faringe. O plano de anestesia é apreciado pela respiração; um dos sinais é a tração da língua sobre o fio. Evita reflexos da faringe, preferindo abolir-los e vigiar a aspiração. O autor apresentou 99 casos entre 6 dias e 14 anos de idade; 48 saíram chorando e 51 com reflexos, mas sem reagir; todos em boas condições, a não ser um, que sofreu hemorragia. Como acidentes anestésicos, apresentou um caso em que a colocação dos campos forçou o catéter, que se dirigiu ao esôfago, dilatando o estômago e o intestino; um caso de espasmo ao iniciar a insuflação de éter. Não houve complicações anestésicas no pós-operatório; vômitos em aproximadamente 10% dos casos; num caso houve dificuldades respiratórias por edema dos tecidos. O autor continua a usar esta técnica, pela preferência do cirurgião e também porque assim as anestésias têm sido boas; porém, preferiria intubar.

DEPARTAMENTO DE CANCEROLOGIA

Sessão conjunta com o Departamento de Otorrinolaringologia
em 13 de junho de 1956

Presidente: *Dr. Humberto Torloni*

Estudo clínico dos tumores malignos do maxilar superior. Dr. Jorge Fairbanks Barbosa. — Na Associação Paulista de Combate ao Câncer, de 9.000 matriculados, 170 eram portadores de tumores das cavidades paranasais e só 60 receberam o diagnóstico de carcinoma (0,6%). Vários autores referem percentagens que oscilam entre 0,6 e 2,0%. A maioria dos tumores das cavidades paranasais localizam-se no seio maxilar e no labirinto etmoidal; os tumores desta região, quando vêm à consulta, já comprometem os seios maxilar e etmoidal. A incidência foi de 60% no sexo masculino. Os fatores etiológicos são de apuração difícil; o tipo mais freqüente é o carcinoma espinocelular, proveniente do epitélio cilíndrico que reveste a mucosa do seio, por metaplasia, tendo como fator desencadeante, possível-

mente, uma inflamação crônica. O autor referiu-se a outros fatores (lues, tuberculose, tabagismo, etc.) e citou um caso que apareceu depois de um traumatismo por bala. Relatou casos citados na literatura, de cistos radiculares gigantes e outros tumores odontogênicos, bem como restos epiteliais embrionários, que podem dar origem a tumores nesta localização. Passou em revista os sintomas e a anatomia da região, dizendo existirem três fases evolutivas: 1) de latência, em que os sintomas estão ausentes; 2) de estado, em que há exteriorização clínica da afecção, que exhibe uma gama de sinais e sintomas; 3) período final.

Estudo anátomo-patológico dos tumores malignos do maxilar superior. Dr. Antonio Cardoso de Almeida. —

O autor, de início, fez um relato da embriologia do maxilar superior e da sua histologia, passando a descrever os tumores que ali se localizam, referindo as características morfológicas dos vários tumores de origem conjuntiva e epitelial. Finalizou por apresentar a incidência dos tumores desse tipo observado no Hospital das Clínicas de São Paulo.

Estudo radiológico dos tumores malignos do maxilar superior. Jacyr

Quadros. — O autor salientou a importância da radiologia no diagnóstico das afecções neoplásticas do maxilar superior. O diagnóstico precoce é difícil, senão impossível. O primeiro sinal — a destruição óssea — deve ser pesquisada com muito cuidado e em várias incidências. Apresentou radiografias em diferentes incidências e vários cortes planigráficos de tumores nesta localização, fazendo considerações técnicas a respeito.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Sessão em 11 de maio de 1956

Presidente: *Dr. Norberto Belliboni*

Cirurgia plástica em Dermatologia. Drs. João de Aguiar Pupo e Roberto Farina. — Os autores abordaram de modo sucinto as múltiplas afecções dermatológicas passíveis de tratamento pela cirurgia plástica. Mostraram a importância e as vantagens do intercâmbio entre a Dermatologia e a Cirurgia Plástica e os benefícios que daí decorrem. Fizeram um esboço de classificação das afecções da pele, condensando-as em 7 grupos principais: 1) formações névicas; 2) forma-

ções císticas; 3) neoplasias mucocutâneas benignas e malignas; 4) hipertrofias cutâneas; 5) distrofias cutâneas; 6) úlceras; 7) impregnações cutâneas. Os autores se detiveram com mais cuidado no tratamento da elefantíase, das úlceras varicosas, da dermatite verrucosa cromoparasitária e das ceratodermias palmoplantares (em relação a esta última afecção, projetaram um filme sobre a técnica empregada e os resultados obtidos).

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 13 de abril de 1956

Presidente: *Dr. Humberto Costa Ferreira*

Hematúria na hemofilia. Drs. Luís Gonzaga Murat e Osiris Magalhães de Almeida. — Os autores apresentaram o caso de um hemofílico jovem, descendente de nobres russos, com casos de hemofilia na família, portador de grave hematúria. Pela revisão da literatura, os autores ficaram surpreendidos com a ausência de referências a hematúria na hemofilia, dado que o acidente é extremamente grave e de controle difícil. Trataram o seu paciente com globulina anti-hemofílica e plasma anti-hemorrágico, ambos de procedência norte-americana, e com transfusão de sangue

fresco, até mesmo de braço a braço, cloreto de amônio puro e Amplictil intramuscular para combater as cólicas renais provocadas por grandes coágulos retidos nos bacinetes. O paciente tinha uma queixa prodrômica (cristalúria) para suas crises de hemorragia renal. Submetido a dieta pobre em ácido oxálico, passou bem durante um ano, mas, ao quebrar o regime, ingeriu grande quantidade de suco de tomates, sofrendo imediatamente um grave episódio de hematúria. Os autores referiram a hipótese de os cristais precipitados no rim lesarem os capilares já frágeis do

hemofílico. Aconselham, portanto, uma dieta pobre em sais ácidos ca pazes de precipitarem nos rins, repouso, sedação contra a dor e coagulantes.

Doença hemolítica do recém-nascido, em um dos filhos de parto gemelar, devida a incompatibilidade ABO. Dr. Oswaldo Mellone. — Criança do grupo O Rh-positivo, mãe O Rh-positivo e o outro gêmeo indene, do grupo O Rh-positivo. O paciente nasceu em 15-12-1955, com 2.650 g, tendo 5.200.000 eritrócitos por mm^3 , 16,5 g de hemoglobina por 100 ml e 6.300 leucócitos por mm^3 . Bilirrubinemia (em mg/100 ml): direta imediata 0,8; direta total 2,2; indireta 36,7; total 38,9. Foi indicada a exsanguíneo-transfusão, que foi feita com 800 ml de glóbulos concentrados O Rh-positivos; 48 horas após a exsanguíneo-transfusão, as bilirrubinas (mg/100 ml) haviam caído para 1,1 (direta imediata), 1,9 (direta total), 10,0 (indireta) e 11,9 (total); 4 dias depois, os eritrócitos somavam

4.400.000 por mm^3 , a hemoglobina atingia 14,5 g/100 ml. Foi feita pequena transfusão de 100 ml de sangue O Rh-positivo. A evolução foi favorável daí por diante. O gêmeo são tinha 5.300.000 hemácias por mm^3 , 16,3 g/100 ml de hemoglobina e 7.000 leucócitos; a bilirrubinemia (em mg/100 ml) era de 0,4 (direta imediata), 1,2 (direta total), 3,7 (indireta) e 4,9 (total); pesava 2.550 g e não apresentava qualquer sinal clínico da moléstia. O soro materno tinha anticorpo anti-A de título 2.048, anti-B de título 67, hemolisina anti A de título 4 e hemolisina anti-B de título 2. Absorvido com substância de Witelski e com peptona, revelou ausência de aglutininas mas conservou anticorpos incompletos anti-A de título 256, revelando a isossensibilização materna ao fator A. O autor frisou que a Natureza, nesse caso, fez uma demonstração cabal da periculosidade do fator A em relação à doença hemolítica do recém-nascido, periculosidade essa ainda posta em dúvida por alguns autores.

Sessão em 7 de maio de 1956

Presidente: Dr. Humberto Costa Ferreira

Displasia fibrosa. Relações com o mieloma múltiplo e outras moléstias afins. Drs. Domingos de Cillo. Albino Amaral, Michel Abu Jamra e Godofredo Elejalde. — Paciente M.F., registro Hospital das Clínicas n.º 42.142, com 46 anos, casada, internada pela primeira vez na 1.ª Clínica Médica (Serviço de Hematologia) em 22-2-1956. Em novembro de 1952 sofreu hemorroidectomia; um mês mais tarde foi reoperada; 15 dias após, começou a apresentar febre. O hemograma revelou acentuada granulocitopenia. Fêz tratamento com ACTH, nucleotídeo, penicilina, voltando a suas atividades habituais no fim de 3 meses. Em 1954, dois hemogramas mostraram a permanência do quadro hematológico, embora nada sentisse. Em janeiro 1956, após ter sofrido dores abdominais vagas, fraqueza, febre reacional a injeções de extrato hepático e vitaminas do complexo B, fêz outro hemograma, que ainda re-

velou neutropenia grave. Tratou-se novamente com ACTH, nucleotídeos e penicilina, sem melhora. Ao se internar no Serviço de Hematologia, apresentava-se em bom estado geral, com nervosismo e tremores, eritema das mãos, hiperemia das mucosas da bôba e língua, aumento da tireóide, notando-se ainda dois nódulos nessa glândula, o maior do tamanho de uma azeitona, taquicardia, fígado a 5 dedos abaixo do rebordo costal e baço a 1 dedo. O exame hematológico revelou neutropenia grave. O miclograma revelou aplasia da série granulocítica, linfó e plasmocitose; séries eritroblástica e megacariocítica normais; o encontro de hiperglobulinemia, ao lado de plasmocitose, na medula óssea externa, levou à suspeita de mieloma plasmocitário. Exames radiológicos demonstraram, porém, lesões ampoliformes numa costela, num fêmur e no ilíaco, refe-

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT



ridas pelo Prof. Raphael de Barros como de displasia fibrosa. O estudo histológico de uma biópsia dessa costela confirmou o diagnóstico radiológico.

gico. Foram feitas considerações sobre o que se pode chamar de "granulocitose crônica" e sobre a sua associação com displasia fibrosa.

Sessão em 7 de junho de 1956

Presidente: Dr. Humberto Costa Ferreira

Método simples para inspeção de pipetas por análise seqüencial. Drs. Fernando Teixeira Mendes e Paulo E. Vanzolini. — Os autores comunicaram estudo e resultado de um método simples para inspecionar pipetas, ao mesmo tempo que demonstraram e descreveram as experiências que deveriam ser feitas para obter os mesmos resultados pelos métodos clássicos.

Determinação rápida do fator Du nos Bancos de Sangue. Dr. Ruy Barbosa Faria. — O autor expôs o emprêgo do método anteriormente comunicado à Casa, como método rápido para prova de Coombs indireta, aplicado agora à determinação do fator Du. O trabalho foi ilustrado com tabelas demonstrativas da determinação em mais de 1.400 doadores de sangue, nos quais havia 13 casos de fator Du. Esses casos, analisados pelo método clássico e pelo do autor, forneceram sempre resultados concordantes.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de maio de 1956

Presidente: Dr. Luís Rey

Nota sobre a infestação experimental do "Australorbis nigricans" (Spix) do Município de São Paulo, pelo "Schistosoma mansoni". Dr. J. O. Coutinho. — O autor analisou dados referentes à infestação experimental de planorbídeos, mostrando não ter conseguido infestar moluscos com o *Schistosoma mansoni*, em material coletado em focos de transmissão desse parasito. Obteve evolução do *S. mansoni* até a fase de cercárias, em caramujos criados em laboratórios e pertencentes às espécies *Australorbis glabratus*, originários de Pernambuco e *A. nigricans*, procedentes de Santos e da cidade de São Paulo. A inexistência de casos autóctones de esquistossomose no Município de São Paulo, possivelmente, deve estar condicionada à baixa densidade de moluscos na região, condições climáticas desfavoráveis à evolução do parasito em seu hospedeiro intermediário e, também, à pouca suscetibilidade do *A. nigricans* ao parasito em questão.

Reação de fixação do complemento com antígeno extraído do bacilo da tuberculose na leishmaniose visceral canina. I: Técnica, sensibilidade e especificidade da reação. Drs. Victor Nussenzweig, Ruth Sonntag Nussenzweig e Joaquim Eduardo de Alencar. — Inicialmente, os autores fizeram considerações sobre os métodos diagnósticos da leishmaniose visceral canina, apontando as falhas inerentes aos métodos diretos. A reação de fixação do complemento foi feita com antígeno extraído do bacilo da tuberculose e consistiu num extrato aquoso a quente de bacilos mortos pelo calor e secos pelo tratamento com acetona. A padronização dos elementos da reação foi feita segundo as normas preconizadas no "Standard Methods of the Division of Laboratories and Research of the New York State Department of Health". Os soros dos cães foram inativados a 56°C por meia hora, desde que a inativação a 62°C conduzia a maior número de

MODERNA TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO

ANSOLISEN

M & B

Bitartarato de pentapirrolidínio



AÇÃO DIRETA SOBRE O MECANISMO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

EFEITO PROLONGADO

FÁCIL ABSORÇÃO — BOA TOLERÂNCIA



Hipertensão essencial ou diastólica,
principalmente quando associada à cefalalgia, vertigens,
crises de encefalopatia e asma cardíaca

Hipertensão associada à arteriosclerose ou hipertensão sistólica

Hipertensão associada a doenças renais

Distúrbios da circulação periférica, tais como os observados
na doença de Buerger, doença de Raynaud, periarterite nodosa,
acrocianose, eritromelalgia e na embolia arterial periférica



Frasco de 50 comprimidos dosados a 20 mg
de bitartarato de pentapirrolidínio



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

reações atípicas e anticomplementares. Os autores verificaram a possibilidade de, em alguns casos, trabalhar com o soro ativo dos cães, evitando a anticomplementaridade decorrente da inativação, desde que os títulos sejam muito elevados. Foi utilizada no tubo-reação uma dose única de 6 unidades de complemento e, sendo necessário, era feita diluição do soro. Assinalaram certo número de reações anticomplementares e atípicas, que dificultam o cálculo do título. No presente trabalho, consideraram título do soro como a menor diluição de soro em que existe hemólise parcial.

Em 27 cães com leishmaniose visceral, comprovada parasitológicamente, capturados no Ceará, a reação foi positiva, e os títulos variaram de 1:5 até maior que 1:3.125. Aparentemente os títulos eram mais baixos nos cães com aspecto normal do que naqueles com sinais evidentes da moléstia. A reação de fixação do complemento foi mais sensível que as punções do fígado e da pele para o diagnóstico da doença. Por outro lado, fazendo a reação em 67 soros de cães de São Paulo, zona onde não foi assinalada a moléstia, em 65 a reação foi negativa; em um caso o soro foi reagente somente quando puro e noutro, reagiu até a diluição de 1:2,5. Os autores discutiram a especificidade da reação, concluindo

que os dados até o momento indicam ser ela útil para o estudo da prevalência da moléstia em cães.

Reação de fixação do complemento com antígeno extraído do bacilo da tuberculose na leishmaniose canina. II: Inquérito epidemiológico nos corredores de Fortaleza (Ceará). Drs. Victor Nussenzweig, Ruth Sonntag Nussenzweig e Joaquim Eduardo de Alencar. — Os autores fizeram inquérito sorológico canino para leishmaniose visceral em alguns sítios de Mecejana e Parangaba, nos arredores de Fortaleza (Ceará), onde são raros os casos humanos diagnosticados. Foram examinadas amostras de todos os cães dos sítios trabalhados. Na maior parte dos animais foi feita, simultaneamente, punção do fígado e da pele. De 201 soros em que foi feita a reação de fixação do complemento, 53 (26,3%) apresentaram reação positiva (foram consideradas positivas as reações em que o título do soro era maior ou igual a 1:5, de acordo com critério estabelecido em trabalho anterior). Desses 53 cães, em 25 (12,4%) a moléstia foi comprovada parasitológicamente. Quanto ao aspecto clínico, somente 40% dos cães com reação de fixação do complemento positiva apresentavam algum sinal clínico sugestivo da moléstia. Os autores assinalaram ainda a ocorrência de vários casos, às vezes, na mesma casa, e a distribuição focal da moléstia.

Sessão em 4 de junho de 1956

Presidente: Dr. Luis Rey

Reação de fixação do complemento para leishmaniose visceral humana com antígeno extraído do bacilo da tuberculose. II: Acompanhamento sorológico de doentes submetidos a tratamento. Drs. Victor Nussenzweig e Ruth Sonntag Nussenzweig. — Os autores apresentaram a evolução sorológica de grupos de doentes de calazar, com comprovação parasitológica, antes e depois do tratamento específico, que constou, quase sempre, de uma série de 10 injeções de Solustibosan. Verificaram a queda de títulos em período de tempo variável,

em geral algumas semanas depois de iniciada a terapêutica. A reação permaneceu positiva, em vários casos, se bem que em níveis mais baixos, mesmo 7 meses após o início das injeções.

Um foco autóctone de esquistossomose no Vale do Paraíba (Estado de São Paulo). Nota prévia. Drs. Renato R. Corrêa, David Coda e Ubaldino A. Oliveira. — Em Pindamonhangaba, no Vale do Paraíba (Estado de São Paulo), os autores verificaram a existência de 5 casos autóctones de esquistossomose mansoni. Coletaram 506 planorbídeos pertencentes à espécie

cie *Australorbis nigricans* (Spix, 1827) e examinaram 498 dèles, encontrando 1 (0,2%) infectado com cercárias do *Shistosoma mansoni*. Julgam ser essa a primeira vez que êsses moluscos se apresentam infectados na região do altiplano paulista. Os focos, em número de 3, eram representados por valas cujas águas são contaminadas pelos esgotos de várias casas. Os autores pretendem iniciar em época oportuna uma investigação epidemio-

lógica no local, a fim de verificar melhor a extensão do problema. Êste poderá assumir um caráter muito grave, se for verificada a existência de planorbídeos infectados nas valas de arroz, que são inumeráveis e estão disseminadas por toda a zona rural dêsse e de outros Municípios vizinhos. Basta lembrar que a cultura dêsse vegetal exige que os trabalhadores exerçam seu mister as pernas mergulhadas na água.

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA

Sessão em 5 de junho de 1956

Presidente: Dr. Octavio Lemmi

Espasmos do músculo de Müller. Terapêutica cirúrgica. Dr. Aloysio Mattos Pimenta. — O autor teve oportunidade de observar 4 pacientes, todos do sexo feminino, brancos, com a seguinte queixa: de modo súbito notaram que um dos olhos ficava mais aberto, dando a impressão de mais saliente; no entanto, quando olhavam para baixo, notavam que a pálpebra superior de um olho não acompanhava o globo ocular e mostrava evidente diferença com a pálpebra contralateral. Em 2 pacientes foram os familiares que chamaram a atenção das enfermas. Uma acordou com a pálpebra inchada e, no decorrer do dia, notou o espasmo na pálpebra superior. Finalmente, uma paciente operada de aneurisma supraclínóideo da carótida, apresentou ligeiro edema de pálpebra superior e blefarite e, ainda, paresia dos retos superior e inferior como seqüela da oftalmoplegia ottal do oculomotor. Quanto à idade, variava entre 24 e 57 anos. Duas pacientes foram seguidas por poucos dias e outra, após 2 ou 3 meses, continuava inalterada; outra foi controlada durante 1 ano, sem apresentar grandes modificações até a operação. Em uma paciente o estudo de retratos anteriores pareceu mostrar que a paciente tivera a mesma crise de espasmo no outro olho e por isso recusou todo tipo de tratamento. O caso operado apresenta o interesse de mostrar resistência à

maioria das drogas que atuam sobre o sistema neurovegetativo; as infiltrações, seja do gânglio cervical superior, do estrelado ou do ciliar, deram resultados passageiros (durante as infiltrações havia ptose enquanto durava o efeito da novocaína, mas depois retornava o espasmo). Só foi obtida melhora pela secção dos ramos que saem do gânglio estrelado para o gânglio cervical médio, de acordo com o Prof. Ramirez.

A afecção considerada é representada por um espasmo atribuído ao músculo de Müller, que é rudimentar no homem e que seria o elevador (de fibras lisas) da pálpebra. O fenómeno é atribuído a irritação do simpático. A existência do espasmo leva a recordar os espasmos da face, pois êste seria um tipo localizado. Nos espasmos da face reconhecemos um tipo central, predominantemente clônico, bilateral — o espasmo mediano de Meige — e um tipo periférico, predominantemente clônico, unilateral — o espasmo facial periférico. Nas pálpebras temos também a considerar os espasmos predominantemente tônicos e os que distinguem o blefarospasmo, que é bilateral, dos orbiculares e, portanto, um espasmo de oclusão. Em oposição temos o espasmo do músculo de Müller, de abertura. Constituem espasmos predominantemente clônicos as mioclonias e crises bravais-jacksonianas que se iniciam na pálpebra. É importante não esquecer um espasmo

dominantemente de fechamento e clônico, que é o início do espasmo facial periférico. Finalmente, entre o espasmo de oclusão e o de abertura há um quadro clínico que apresenta ambos: a síndrome de Axenfeld-Schuremberg.

A posição do globo ocular na órbita depende do tono de grupos musculares através da cápsula de Tenon e das pálpebras. Assim, os orbiculares internos e externos de Sappey ou as terminações dos retos internos e externos, puxam para trás e o músculo orbicular de Müller ou a terminação do pequeno oblíquo, agem tracionando para frente o globo ocular. Nas pálpebras temos os músculos de Müller ou tarsal. Portanto, em relação às pálpebras, uma irritação do simpático produz espasmos do músculo de Müller, com abertura da pálpebra, e o déficit ou secção determina estreitamento da fenda palpebral. A observação desses casos não comporta diagnóstico diferencial. As características positivas são a retração da pálpebra superior, especialmente no ângulo interno e a maior evidênciação no olhar para baixo. A palpação da pálpebra dá a impressão de aumento do tono. Como característica negativa há a ausência de paralisias oculares. Neste sentido deve considerar-se a síndrome de Axenfeld-Schuremberg, que começa com ptose e oftalmoplegia, seguidas de espasmos da pálpebra superior.

Mutismo acinético. A propósito de dois casos. Drs. José Longman e Rolando A. Tenuto. — São relatados os achados clínicos, eletrencefalográficos e anátomo-patológico em dois pacien-

tes com quadro de mutismo acinético. Em um deles, havia um tumor (rabdomyosarcoma) localizado no hemisfério cerebelar esquerdo e com compressão bulbar; no outro, um neurinoma localizado no ângulo pontocerebelar esquerdo, com atrofia por compressão do tecido cerebelar circunjacente. O mutismo acinético foi relacionado psicopatologicamente ao conceito de acinesia, no sentido de Kleist, isto é, alteração da excitabilidade motora em relação com as variações patológicas dos estímulos instintivos para o movimento em geral. A base instintiva do impulso foi integrada com o instinto nutritivo e subordinada mais diretamente ao instinto sexual, de acordo com a concepção organológica que desloca a sede destas funções, da região hipotalâmica para o cerebelo. Assim, consideraram os autores que o mutismo acinético seria decorrente da rotura da harmonia funcional do encéfalo, pela ativação de um mecanismo inibidor dos sistemas corticais. Com este conceito e apoiados nos modernos trabalhos de neurofisiologia sobre o cerebelo, admitem que, nos dois casos relatados, as lesões cerebelares poderiam ser consideradas como responsáveis pelo mutismo acinético, através dos mecanismos supressores localizados no sistema reticular. Sugerem, pois, a inclusão do cerebelo no sistema estrutural, cuja alteração é responsável pelo mutismo acinético, que, para outros autores, já é integrado na região mesencéfalo-diencefálica (Cairns, Bailey, French e Magoun) e no nível cortical, na parte anterior das circunvoluções cingulares (Nielsen e col., Barris e Schuman).

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 8 de maio de 1956

Presidente: Dr. Waldemiro Nunes

Etiopatogenia do megacólon. Arrigo Raia. — O tratamento do megacólon tem variado com o tempo, principalmente devido ao aparecimento de novos conceitos etiopatogênicos. Antigamente, julgava-se existirem esfínteres ao nível do intestino terminal,

atribuindo-se o aparecimento do megacólon a distúrbios ao nível do então chamado esfíncter pelvi-retal. Fazendo estudos especializados, o autor não encontrou tal esfíncter; o que havia era uma hipertrofia da musculatura própria do intestino, que,

uma das maiores aquisições
da terapêutica moderna

Reserpina Enila

Alcalóide puro da Rauwolfia serpentina

3 dosagens

Comprimidos de: 0,10 mg
0,25 mg
1 mg

- ★ **ANTI-HIPERTENSIVO** - 1 a 2 comprimidos
de 0,25 mg duas
ou mais vezes ao
dia.
- ★ **TRANQUILIZADOR
SEDATIVO** - 1 a 4 comprimidos
de 0,10-mg por dia
- ★ **DOENÇAS MENTAIS** - 1 a 4 comprimidos
de 1 mg por dia

L A B O R A T Ó R I O S E N I L A S . A .
RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO DE JANEIRO

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — Fone: 34-7575 — São Paulo



sendo mais evidente ao nível do esfíncter interno do ânus, se adelgacava à medida que se caminhava em direção proximal; por outro lado, havia também destruição do plexo mioentérico, mais nítida também ao nível do esfíncter interno do ânus. A seguir, o autor teceu considerações em torno da questão de qual seria o agente lesivo que provoca essas alterações, fazendo então um apanhado e comentário sobre as teorias da avitaminose B, e da moléstia de Chagas. Com relação à patologia do megacólon, o autor citou estudos modernos com relação aos tipos de onda destinados à expulsão das fezes, estudos esses que têm como conclusão o seguinte: a parte terminal do reto no megacólon tem contrações assíncronas e não propulsoras; assim, a velha teoria de Hurst, da acalásia, deveria ter outra interpretação, ou seja a desarmonia de movimento de contração ao nível da porção terminal do intestino.

Megacólon na infância. — Dr. Virgílio Alves de Carvalho Pinto. — Características: dificuldades de peristaltismo, retenção de fezes, cólon volumoso, mau estado de nutrição e complicações respiratórias; há grande mortalidade (70%) no período neonatal; o mega em crianças tem sido frequentemente achado de autópsias em que o diagnóstico não havia sido feito anteriormente. Etiopatogénia: seria agenesia do plexo mioentérico, principalmente ao nível do reto e sigmóide. Sintomas: distensão abdominal, vômitos, dificuldades de eliminação das fezes e gases; nos recém-nascidos a gravidade é maior; se a sintomatologia aparece após o segundo ano de vida, o megacólon deve ser considerado adquirido (Gross); a constipação é a regra, embora às vezes possa haver até diarreia, por canalização do fecaloma; no período neonatal deve fazer-se o máximo possível para desobstruir (sondas, lavagem). Radiologia: é o elemento decisivo para o diagnóstico; enema baritânico com o paciente em decúbito lateral ou posterior e pequena quantidade de bário; a imagem é de um segmento estreito a jusante e cólon distendido a montante; o cólon dilatado em

crianças pode estar associado a outras lesões. Há três tipos de megacólon na criança: a) devido a obstrução orgânica por atresia; b) funcional ou idiopático; é o tipo mais benigno; há melhor estado geral e a obstrução cede por meio de lavagem com óleos minerais, prostigmina, etc.; às vezes, até melhora e desaparece; c) megacólon aganglionar ou doença de Hirschsprung; aparece logo após o nascimento; há crises graves de retenção, que exigem tratamento rápido; só a retossigmoidectomia serviria para corrigir este tipo de mega, salvo as contra-indicações com relação aos nervos pélvicos. Tratamento: com bom preparo e boa técnica, a retossigmoidectomia é realizável (no primeiro ano de vida, embora haja vantagem em protelar para o segundo ano, pois a mortalidade no primeiro ano é alta; no entanto, isso nem sempre é possível devido à sintomatologia. Colostomia prévia: tem indicação no primeiro ano de vida, nas crianças em mau estado geral e nas muito obstruídas. Retossigmoidectomia: resultados favoráveis; não há vantagem em se fazer colostomia prévia, salvo as indicações acima citadas. Casos vistos pelo autor: 10 crianças com megacólon funcional, variando a idade de 5 meses a 3 anos, resolveram essa fase com tratamento conservador; 10 retossigmoidectomia, com 5 óbitos e 5 bons resultados; 5 casos de colectomia, com 2 recidivas e 3 sem follow-up; 5 crianças faleceram em virtude dos pais não deixarem operar quando havia indicação; 2 crianças faleceram após lavagem, devido a absorção maciça de água, que levou a toxicose irremovível; 5 crianças apresentaram megacólon a malformação congênita; 1 criança faleceu em recidiva após esfinterectomia; 1 colostomia e morte em criança com mau estado geral.

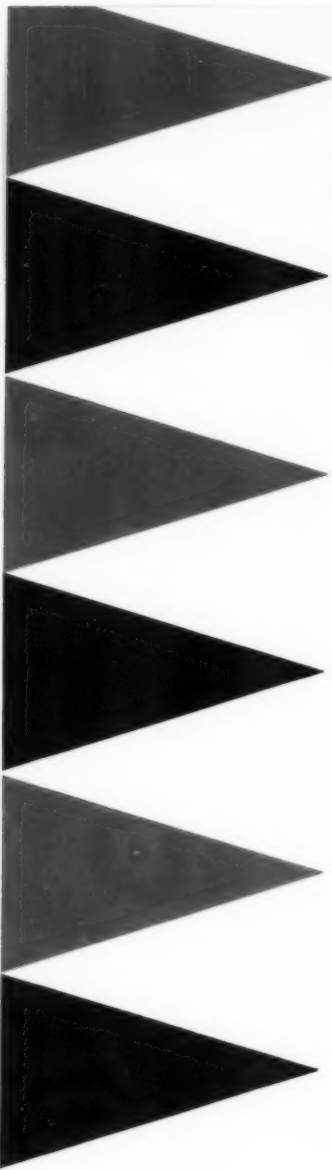
Tratamento cirúrgico do megacólon. Dr. Daher E. Cutait. — O melhor tratamento para o megacólon é o retossigmoidectomia. Preparo: para melhores resultados finais deve esvaziar-se bem o intestino, além de usar antibióticos e quimioterápicos adequados; o melhor seria sulfatadina na dose de 0,10 a 0,20 g/kg de peso

uronşan



INDÚSTRIA FARMACÊUTICA ENDOCHIMICA S/A





Guronzan

Injetável — Drágeas
"ENDOCHIMICA"

INDICAÇÕES

Distúrbios hepáticos: insuficiência hepática, icterícia, hepatite epidêmica, cirrose hepática, ascite, esteatose, colecistite etc. Intoxicações: alimentares e medicamentosas. Autointoxicação. Esgotamentos, fadiga por excesso de trabalho. Enjôos. Náuseas. Reumatismo, artrites e nevralgias.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 5, 10 e 50 empôlas de 2 cm³

Vidros com 30, 60 e 500 drágeas de 0,30 g.

POSOLOGIA

Injetável

1 empôla diariamente, por via intramuscular, subcutânea ou endovenosa, a critério médico.

Drágeas

Adultos: 3 a 6 drágeas ao dia, a critério médico.

Crianças: 1 a 3 drágeas ao dia, a critério médico.



IND. FARM. ENDOCHIMICA S/A
AVENIDA SANTO AMARO, 1239 — CAIXA POSTAL 7230
SÃO PAULO

Ref. 36756109

durante 10 dias e aureomicina na véspera da operação. Esta é realizada em dois tempos: no primeiro, retosigmoidectomia e colostomia; no segundo, fechamento da colostomia. Técnica: pode ser usada a ressecção anterior ou a via abdômino-perineal. A técnica por via abdômino-perineal é a melhor, porém, sempre dá maior risco de ser lesada a inervação; a alteração da potência sexual deve constituir contra-indicação para este tipo de operação; esta técnica deve ser usada com reservas nos indivíduos do sexo masculino, jovens e em plena fase de potência sexual. O autor realizou muitas ressecções anteriores com bons resultados, considerando este tipo de operação satisfatório. No entanto, acha que, pela ressecção abdômino-perineal, retira-se uma porção maior de zona lesada; com relação a esta técnica, observou bom resultado clínico; alguns pacientes ficam

com incontinência para gases; uma paciente operada por esta técnica teve incontinência total. Muitos doentes jovens, sem serem inquiridos, referem impotência sexual; há conexões íntimas entre os nervos erectores e a parte terminal do reto, motivo pelo qual é muito mais fácil de serem seccionados na ressecção abdômino-perineal que na ressecção anterior. Durante sua exposição, o autor fez referências aos aparelhos de Sauer-Bacon e Sugarbaker, para proceder à anastomose na ressecção anterior. Complicações: tanto numa como noutra técnica, os dois tipos principais de complicação são a cistite e a deiscência da sutura; em geral, esta última é pequena e sem importância, desde que haja colostomia. Mortalidade: 3,5 a 4,0%, principalmente em virtude de peritonite; daí, a necessidade de bom preparo e colostomia.

Sessão em 6 de junho de 1956

Presidente: Dr. Waldemiro Nunes

Etiopatogenia do prolapso e procidência do reto. Dr. Ibanex de Carvalho. — Há muitas teorias para explicar a etiopatogenia do prolapso e procidência do reto, donde se conclui que é praticamente impossível explicar a origem da afecção sem levar em conta pelo menos algumas das mais importantes teorias, que, em conjunto, se completam. Dentre elas, o autor destacou as seguintes: 1) Teoria da insuficiência dos meios de sustentação do reto — Esses meios de sustentação seriam representados pelo músculo elevador do ânus e demais elementos do perineo. O autor citou experiências nas quais a lesão do esfíncter externo mais a tração não produzia prolapso, que era provocado pela lesão do mesocólon e mesorreto. Essas experiências foram feitas em indivíduos mortos, que não apresentavam prolapso em vida; já as pesquisas feitas em cadáveres com prolapso em vida exigiam uma série de condições outras para que houvesse prolapso. 2) Teoria da insuficiência dos meios de fixação — Fascia retal: é constituída pela fascia própria do reto,

hastes retais e asas do reto. Lynch admite que o encurtamento desses vários elementos cura o prolapso. 3) Teoria da insuficiência dos meios de suspensão — O mesocólon e o mesorreto seriam os elementos responsáveis. Martin chama a atenção para a importância do meso, que, sendo longo, facilita o prolapso. 4) Teoria da hérnia perineal primitiva — Tratar-se-ia de fundo-de-saco de Douglas muito profundo, facilitando então o prolapso, não só do reto, como de outras vísceras. Waldeyer mostrou, por dissecação, que o fundo-de-saco é tanto mais profundo quanto mais jovem o indivíduo. 5) Teoria da invaginação ou intussuscepção sigmóide-retal — A invaginação ocorreria ao nível do esfíncter pelvi-retal, que, estando em acalásia, seria empurrado pelos movimentos peristálticos. No entanto, Paulo Prata nega a existência, pelo menos anatómica, desse esfíncter.

Tratamento cirúrgico do prolapso e procidência do reto. Dr. Mario Degni. — Prolapso é a descida apenas da túnica mucosa; pode ser oculto ou

exteriorizado através do ânus. Procidência é a descida de todas as túnicas; pode ser de 1.º grau (oculta), 2.º grau (exteriorizada, porém conservando um sulco entre a massa procidente e a margem anal) e 3.º grau (desaparece o sulco). O autor referiu que espousa a teoria da invaginação, considerando esse fenômeno como primordial, mesmo que haja fatores outros, que considera adjuvantes; mesmo havendo um meso curto, este acaba por ceder à tração contínua. O autor teceu comentários sobre os vários tipos de operação para procidência do reto, que variam de acordo com o conceito etiopatogênico. Referiu que, no início preferiu, porém achar que o peritônio não resiste à tração, admitindo, apenas, a pexia de Kümmel; na descrição dessa técnica o reto seria fixado ao nível da 4.ª vértebra lombar; a fixação do reto a esse nível é praticamente impossível; a explicação para isto está em que os tratados de anatomia da época em que a técnica foi descrita consideravam o segmento de cólon àquele

nível como reto. A seguir, o autor expôs uma técnica pessoal que, em linhas gerais, é a seguinte: incisão paramediana, para-retal interna, infra-umbilical esquerda; exposição do segmento sigmóide-retal, incisão do peritônio posterior a esse nível, seguida pelo desnudamento da fascia pré-sacra; a seguir, faz duas séries de pontos, três de cada lado, seromusculares, no intestino, transversalmente ao seu eixo e fixando-se, se possível no periosteo das vértebras sacras, longitudinalmente à fascia pré-sacra. Não fecha o fundo-de-saco para, em caso de follow-up, não ficar em dúvida quanto à sua técnica, pois então se trataria de túnica combinada. O autor comunicou 25 casos de sua experiência e vários outros operados por colegas, entre os quais os Drs. Daher E. Cutait e Euler Sandeville, que contribuíram com um grande número de casos, perfazendo cerca de 70 no total (os casos do autor mais os de colegas), com bons resultados. Referiu um caso operado em 1947, que permaneceu bem.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Sessão em 28 de junho de 1956

Presidente: *Dr. Arnaldo Dellivenneri*

Avulsão anular do colo do útero. Drs. Waldemar de Souza Rudge, Bernardo Blay, Antonio Luisi e José Mathias. — Os autores apresentam 2 casos de avulsão anular do colo ocorrido na Casa Maternal "Leonor Mendes de Barros". Após citarem as condições de paridade, trabalho de parto, etc. de seus casos, discorrem sobre a etiopatogenia, citando como causas a falta de elasticidade dos tecidos, a dilatação imperfeita do colo, as cicatrizes de operações cervicais. O esforço prematuro da paciente pode ser um fator contribuinte da avulsão. Quanto ao local do destacamento opinam alguns autores que se dê na junção fibromuscular. A seguir, estudam o aspecto microscópico da avulsão: trombose, esquemia, destruição do estroma, etc. A hemorragia nos casos de avulsão pode ser escassa ou profusa;

quando profusa, indicar a histerectomia. O diagnóstico é sempre difícil; os autores aconselham maior vigilância, bem como incisão do colo e cervicotomias; fazer sempre cesárea nos casos de avulsão em desenvolvimento (rara observação); a via alta, para evitar a avulsão do colo, seria o ideal.

Pangenitalite tuberculosa, associada a fibromioma uterino. Drs. Arnaldo Dellivenneri e Paulo Godoy. — Os autores relatam um caso de tuberculose genital acometendo os anexos, o útero, o colo uterino e o peritônio, após referirem-se às características especiais encontradas na observação da paciente. Fazem considerações sobre a frequência e a etiologia, alongando-se em considerações sobre a etiopatogenia. Discorrem sobre o problema das vias de infecção e sobre o con-



ATELOR
ROCHE

ANTIMICÓTICO
INODORO

Pó — Pomada — Solução

ceito de infecção primária e secundária desta ginecopatia. Terminam tecendo considerações sobre a conduta atual no seu tratamento e prognóstico.

Hepatite por vírus no ciclo grávido-puerperal. Drs. Caetano Giordano, Mansur Gebara, Rubens Angulo e Dib El Kadre. — Os autores apresentam o histórico da hepatite desde os tempos de Hipocrate; Vichow deu-lhe o nome de icterícia catarral. No início pensou-se que a hepatite fôsse por salmonelas e outros agentes; só ultimamente descobriu-se o vírus. Quanto à nomenclatura, sempre houve confusões, usando-se, atualmente a designação hepatite por vírus, IH ou SH. A seguir, os autores apresentam um resumo da anatomia patológica do processo. Quanto ao quadro clínico manifesta a doença eletividade para o fígado. As fases clínicas são três: pré-ictérica, ictérica e de convalescença. Os sintomas prodrômicos são: anorexia, mal-estar, náuseas, epistaxes, etc. O primeiro sinal evidente é a icterícia. O diagnóstico é feito por dados clínicos, laboratoriais e punção-biópsia do fígado. A evolução é variada (formas agudas e subagudas, recorrentes e crônicas). Quanto à terapêutica não existe medicação específica (repouso, hepaot-protetores, antibióticos, hormônios). A seguir, os autores falam a respeito da in-

fluência da hepatite no ciclo grávido-puerperal. Alguns casos são fatais, segundo a literatura. Problemas materno-fetais: graves hemorragias por atonia uterina durante o trabalho de parto, prematuridade, transmissão intra-uterina da hepatite, agalactia. Os casos graves da literatura foram observados na segunda metade da gestação. As mulheres com hepatite não transmitem a moléstia aos descendentes. O abortamento não é frequente. Na revisão que fizeram, os autores encontraram morte por hemorragia; em um de seus casos houve hemorragia que levou três vezes ao choque; a histerectomia deve ser indicada quando há hemorragia grave. Parece que a gravidez não exerce efeito notável na evolução da hepatite; as causas carenciais, como hipoproteinemia e avitaminose B, são fatores predisponentes. A seguir, os autores apresentam 2 observações. A primeira de hepatite grave com hemorragia acentuada, tratada com transfusão (6 litros de sangue), tamponamento, histerectomia total e cura; a biópsia do fígado, depois de 3 meses, revelou cronicidade do processo. O segundo caso teve evolução ótima; tratava-se de icterícia típica, com anorexia, náuseas, epistaxes, etc.; o puerpério foi normal; os exames de laboratório confirmaram o diagnóstico.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 21 de maio de 1956

Presidente: *Dr. Octavio Ribeiro Ratto*

Hipoglicemia funcional. Considerações sobre três casos. Drs. Luciano Decourt e David Rosenberg. — Os autores tecem comentários sobre a frequência da síndrome hipoglicêmica. Apresentam as provas que conduzem ao diagnóstico, salientando a dificuldade habitual entre os três grupos, que são: hipoglicemia orgânica, hipoglicemia funcional e hipoglicemia hepatogênica. Dão a conduta terapêutica a seguir em cada caso e apresentam os casos que estudaram.

Avaliação terapêutica da prednisona em afecções difusas do colágeno. Drs. Wilson Cossermelli, Sérgio Diogo Giannini, Matheus Papaléo Netto. — Os estudos referentes à introdução de alterações na estrutura da molécula esteróide conduziram à obtenção de compostos de grande poder anti-reumático e reduzidos efeitos colaterais. Assim surgiram a prednisona e a prednisolona, que se distinguem da cortisona e da hidrocortisona, respectivamente, pela existência de uma

dupla ligação entre os carbonos 1 e 2 do anel A da molécula esteróide.

Os autores estudaram a ação da prednisona em 26 pacientes portadores de entidades que vêm sendo agrupadas, até o momento, sob a denominação, ainda imprecisa, de "afecções difusas do colágeno". Dêse total, 11 eram portadores de artrite reumatóide, 6 de febre reumática, 4 de corcêia, 3 de eritematoses disseminado, 1 de escleroderma generalizado e 1 de espondil artrite reumatóide. Concluem pelo alto poder anti-inflamatório da droga, superior a outros esteróides anteriormente utilizados, sem que haja, paralelamente, efeitos colaterais mais intensos; em particular, estiveram ausentes alterações hidreletrolíticas e da pressão arterial, sendo dispensáveis, pelo menos nas doses utilizadas, a restrição da ingestão de sódio e a suplementação com potássio. Consideram a prednisona superior a outros medicamentos na artrite reumatóide, na febre reumática e talvez, ainda, no eritematoses. O mesmo não

parece ocorrer na corcêia; no escleroderma e na espondil artrite reumatóide não adiantam conclusões por haverem tratado de casos isolados. Apontam a face arredondada como o efeito colateral mais encontradão, além da amenorréia, que se apresentou no maior número de pacientes tratadas.

Des exames de laboratório mostraram-se exuberantes dois fatos: a queda da hemossedimentação e a elevação da hemoglobina. Esta, por ser rápida e acentuada, foi atribuída à melhora da atividade e não ao aumento da ingestão alimentar.

Colagenoses. Reynaldo Chavierini.

— O autor no início procurou situar o conceito de colagenose e para isso fez uma revisão histórica do assunto. Depois enunciou os aspectos histológicos e químicos do colágeno, para referir o quadro patológico dêsse tecido quando sede de alterações comuns a tôdas a tôdas as doenças que receberam a rubrica de colagenose.

Sessão em 29 de maio de 1956

Presidente: *Dr. Octavio Ribeiro Ratto*

Terapêutica das glomerulonefrites difusas agudas. Dr. Emilio Mattar. — O autor inicialmente abordou a etiologia e os conceitos da patogenia. Disse das complicações habituais, como sejam insuficiência cardíaca, encefalopatia hipertensiva e insuficiência renal aguda. Falou no tratamento profilático à base de antibióticos e fez críticas à dieta de fome e sede; aconselhou o regime do arroz. Considerou o problema da hematúria residual e das condições em que devem ter alta os pacientes.

Terapêutica das pielonefrites agudas e crônicas. Dr. José Barros Magaldi. — Considerando inicialmente a questão do estabelecimento do diagnóstico, o autor disse da freqüência com que aparecem os mais variados germes nos exames de cultura de urina. Quanto ao tratamento, preconizou o uso das sulfas como primeira medida e chamou a atenção para um novo pro-

duto, a Furadantina, que bons resultados tem produzido, especialmente quando a pielonefrite é ocasionada por *Proteus*.

Tratamento da insuficiência renal aguda. Dr. Magid Yunes. — O autor salientou a importância da conduta prudente do médico porquanto a insuficiência renal aguda é responsável por grande índice de mortalidade, muitas vezes a atenção especialmente para o balanço hídrico, nunca se devendo injetar mais líquido que os eliminados.

Terapêutica da insuficiência renal crônica. Dr. Israel Nussenzeig. — O autor, inicialmente, disse que a redução progressiva da capacidade renal estava subordinada aos seguintes fatores: excreção de água, excreção de eletrólitos, equilíbrio ácido-básico e retenção azotada. Depois passou a considerar o regime (que deve conter

2.500 calorias), a questão de líquidos a ser ingeridos, a taxa de cloreto de sódio e estabeleceu uma dieta. Deu toda orientação a seguir, estabelecendo

normas quando o quadro clínico apresentasse este ou aquele transtorno, falando das medidas finais, como o rim artificial e o transplante do rim.

Sessão em conjunto com o Departamento de Patologia em 18 de junho de 1956

Presidente: *Dr. Octavio Ribeiro Ratto*

Etiopatogenia da arteriosclerose. Dr. Aroldo Barcelini. — Abordando inicialmente o problema da incidência e do elevado índice letal da moléstia, o autor passou a comentar os trabalhos experimentais realizados ultimamente, salientando os estudos de Page, Lewis, Katz, Boch e Eden. Disse das dificuldades da experimentação por não se conseguir artificialmente a doença no cão. Discutiu a teoria da filtração e comentou as três situações da arteriosclerose: composição lipoprotéica do plasma, metabolismo da parede do vaso e pressão intravascular. Abordou, por último, os trabalhos de Patterson e col., feitos em 800 alienados, para concluir que todos os métodos introduzidos até o presente não servem para estabelecer o diagnóstico e, assim, a discussão continua.

Aspectos clínicos da arteriosclerose. Dr. Bernardino Tranchesi. — O autor fez detalhada exposição dos quadros clínicos quando o processo arterioscle-

rótico acomete os vasos cerebrais, as coronárias e os vasos periféricos. Apresentou e discutiu os problemas de diagnóstico, salientando as diversas manifestações, seja as habituais, seja as pouco frequentes.

Anatomia patológica da arteriosclerose. Dr. José Lopes de Faria. — O autor procurou firmar um conceito sobre a doença. Depois salientou o problema que surge muitas vezes pelo fato de que as alterações da arteriosclerose se confundem com as alterações senis das artérias; outras vezes, com formas de passagem para a endarterite obliterante. Insistiu no ponto fundamental de que, na arteriosclerose, as alterações se passam na íntima, se bem que alguns autores aceitem a participação da média. Disse da frequência com que se registra a associação da sífilis e da febre reumática com a arteriosclerose. Relatou em seguida a sua própria experiência no assunto, mostrando as degenerações vasculares que tem observado.

Sessão em 20 de junho de 1956

Presidente: *Dr. Octavio Ribeiro Ratto*

Icterícia constitucional de hiperbilirrubinemia "direta". Drs. Ary Lopes de Almeida, Michel Abu Jamra e Cassio Portugal Gomes. — Os autores fizeram o relato dos casos que constituíram o objeto da apresentação, salientando os caracteres particulares da enfermidade, os meios de diagnóstico e a frequência com que a icterícia constitucional incide quando se cuida do diagnóstico.

Cianose na esquistossomose. Papel das fistulas arteriovenosas pulmonares. Drs. José Lopes de Faria, Julian

Czapski, Maria Odete Ribeiro Leite, Decio de Oliveira Pena e Antonio Barros de Ulhoa Cintra. — Os autores apresentaram 2 casos de doentes com esquistossomose que, depois de esplenectomizados, passaram a apresentar cianose da língua, pavilhão das orelhas e dedos em baqueta de tambor. Um deles deu entrada com hemoptises e outro com dispnéia. Em ambos, as provas de função pulmonar estavam normais, exceto o gás carbônico alveolar, que estava diminuído. As angiocardiografias revelaram alterações na vascularização pulmonar

Novo

*Humectante na
constipação intestinal*

HUMECTÓL

DIOCTILSULFOSUCCINATO DE SÓDIO

Indicações: - Devido sua ação humectante é indicado na prevenção e tratamento da constipação intestinal (prisão de ventre). Nos casos de preguiça intestinal como ocorre na gravidez e nos portadores de hemorroidas.

Apresentação: | Drágeas
| Líquido



Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 984 - São Paulo - Brasil



periférica e o cateterismo foi normal. Os doentes foram à necropsia e mostraram alterações histológicas em que se pôde admitir comunicação entre veia e artéria pulmonar. Tais comunicações seriam devidas à passagem dos ovos em fase migratória.

Citomegalia infantum. Dr. José Lopes de Faria. — O autor chamou a atenção para o quadro histológico, que se encontra no fígado e outros órgãos quando tal doença se manifesta, caracterizado pela presença de células gigantes com núcleo central. Disse que sua natureza não foi ainda deter-

minada e que foram encontradas em doentes portadores de pneumonia especialmente.

Experiência de um clínico no tratamento da hipertensão arterial. Dr. Jairo Ramos. — O autor abordou os vários aspectos com que os hipertensos se apresentam no consultório. Baseou seu trabalho em doentes que foram acompanhados por períodos de 5 a 14 anos. Discutiu os diversos quadros clínicos, o valor do eletrocardiograma e do exame do fundo do olho. Concluiu que nem as cifras tensionais, nem a duração da hipertensão são índices para o diagnóstico.

Sessão em 27 de junho de 1956

Presidente: *Octavio Ribeiro Ratto*

Epidemiologia e profilaxia da hepatite por vírus. Dr. Gildo Del Negro. — O autor iniciou dizendo da gravidade e incidência da hepatite e a necessidade da difusão dos conhecimentos atuais sobre a matéria, a respeito da qual se publicaram mais de 2.000 trabalhos nos últimos anos.

Não se conhece animal susceptível à enfermidade. Todas as pesquisas foram feitas em homens voluntários. Quanto à etiologia há dois tipos: infecciosa (vírus A) ou IH e por soro homólogo (vírus B) ou SH. O autor deu a orientação da profilaxia em hospitais.

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sessão em 28 de junho de 1956

Presidente: *Emilio Navajas Filho*

Gôta úrica no Brasil. Dr. Jorge Michalany, Josedyl Camargo Lima e Stefan Bryk. — Os autores apresentam 9 casos de gôta úrica, dos quais 5 com exame histopatológico. Segundo puderam verificar pela revisão da literatura brasileira, havia, desde 1888 até 1951, referências a 16 casos, dos quais apenas 9 tinham observação clínica; os outros 7 eram simples citações. Dêsse modo, com os 9 casos aqui apresentados, a casuística sobre

a gôta úrica eleva-se a 25. Diante da elevada casuística coligida pelos autores num curto espaço de tempo, conclui-se que a gôta úrica parece ser entre nós muito mais freqüente do que se pensa, e que, em casos de artrismo ou de reumatismo, deve o médico lembrar-se dessa possibilidade. Finalmente, os autores chamam a atenção para o valor do exame histopatológico dos tofos no diagnóstico de gôta.

Início de uma
nova era no
tratamento de

**artrite reumatóide
asma brônquica
afecções alérgicas
doenças do colágeno**

METICORTEN

PREDNISONA

e

METICORTELONA

PREDNISOLONA

São 3 a 5 vezes mais potentes que a
cortisona ou a hidrocortisona.

Não produzem retenção de água nem de sódio.

Não alteram o metabolismo dos hidratos de carbono.

Não aumentam a excreção de potássio.

Não elevam a pressão arterial.

Schering


DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de junho de 1956

Presidente: *Dr. Denise Altenheim*

Aspectos psiquiátrico da adolescência. Dr. Stanislaw Krynski. — O autor salientou, inicialmente, o estado atual do problema do adolescente, focalizando a escotomização do mesmo por falta dos clínicos e pediatras, cuja maioria assume uma posição comodista em face da assim chamada "idade infeliz". O autor passou, a seguir, a estudar a conceituação do termo, suas dificuldades e métodos, mostrando as divergências existentes entre as diversas escolas. Ressaltou a contribuição da psiquiatria para a melhor compreensão do problema do adolescente, sem o que, a seu ver, é impossível ter-se uma visão de conjunto sobre a personalidade do adolescente. Passou em revista as principais características psicológicas do adolescente e sua importância para a integração da personalidade adulta. Estudou a estruturação do trabalho mental, os fatores intelectuais e instintivo-afetivos, bem como focalizou o processo normal da percepção e sua importância para funcionamento dos três setores da personalidade. A seguir, tratou dos aspectos específicos psicopatológicos, focalizando as neuroses, as psicoses, os distúrbios da conduta e de caráter, finalizando por ressaltar a importância do melhor estudante da adolescência sob um prisma psicossocial, no qual a contribuição médica é de inestimável valia no estudo, profilaxia e tratamento de problemas cujas consequências para a vida do adulto poderão ser extremamente graves.

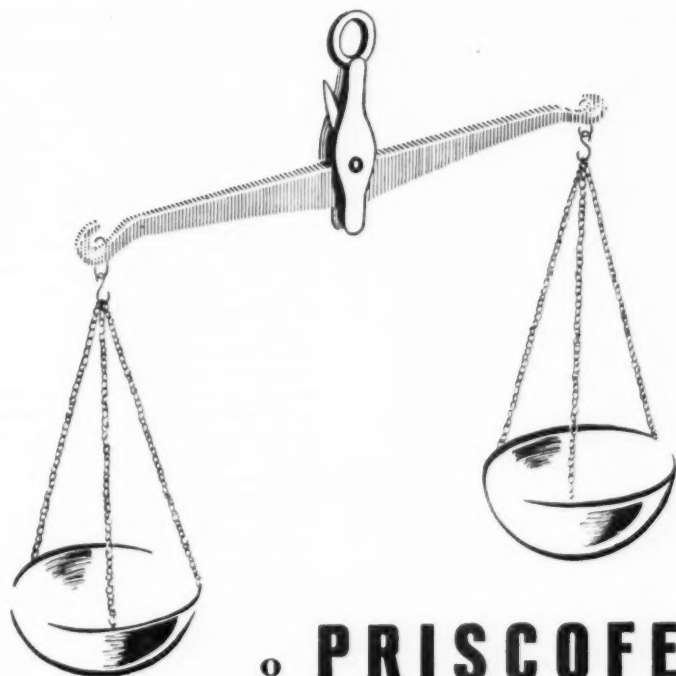
Aspectos endocrinológicos da adolescência. Dr. Attilio Zelante Flosi. — O autor, inicialmente, mostrou que muitos dos desvios psicossomáticos da adolescência freqüentemente rotulados como endocrinopatias, na realidade constituem variações fisiológicas do processo de maturação em diferentes tipos constitucionais. De modo que se torna imprescindível, através de

modificações mesológicas (alimentação adequada, exercícios físicos, educação, etc.), prevenir os desvios de determinados tipos, permitindo por outro lado o desenvolvimento das potencialidades do ser, a fim de que tais desvios não ultrapassem os limites da normalidade.

Do ponto de vista endocrinológico a adolescência se caracteriza pelo início da atividade das glândulas sexuais (gônadas e supra-renais). Inicialmente se processa através de estímulos hipotalâmicos a atividade do lobo anterior da hipófise que, através dos seus hormônios gonadotróficos, determina a estimulação das glândulas sexuais. Deste modo, se modifica a constituição endocrinológica do indivíduo, pelo início da atividade dos hormônios sexuais que determinam o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários suas manifestações psíquicas e somáticas. Na mulher, a menarca traduzirá a atividade cíclica dos hormônios sexuais ovarianos, responsáveis pelos ciclos menstruais. Na adolescência são freqüentes certos tipos de alterações menstruais: amenorréia, oligo e hipomenorréia, dismenorréia, hipermenorréia, etc.; quando tais alterações não são intensas e não comprometem o estado geral das pacientes, não se acompanhando de outras alterações endócrinas, o autor aconselha sempre um período preliminar, de observação antes de instituir a terapêutica glandular. Os centros hipotalâmicos excitadores e depressores da atividade gonadotrófica podem sofrer modificações que são responsáveis pela antecipação ou retardo da adolescência (puberdade precoce e hipogonadismo hipotalâmico). O autor ilustrou com vários casos clínicos tais alterações neuroendócrinas.

No homem, problema de importância é o do criptorquidismo. O autor tem observado a seguinte orientação:

Nos distúrbios neurovegetativos



o **PRISCOFEN**

restabelece o equilíbrio

Em média, 1 drágea 3 vezes por dia

CIBA

cada drágea contém :

0,0025	g do simpaticolítico Priscol
0,01	g do parassimpaticolítico Trasentina
0,02	g de feniletil-maloniluréia

Produtos Químicos CIBA S.A. - Rio de Janeiro

em meninos normais do ponto de vista endócrino, com exceção da criptorquidia, nos quais não se verifica a presença de obstáculos mecânicos à descida dos testículos ou hérnia, que necessita de correção cirúrgica, aguarda até a puberdade, que ocorre entre 10-13 anos, para instituir o tratamento. Caso não tenha havido descida espontânea dos testículos, institui a terapêutica com hormônio coriônico da urina de mulher grávida, isoladamente, ou intercalado com o propionato de testosterona. Se a terapêutica endócrina não acarretar a descida dos testículos, apesar da presença de sinais de atividade hormonal (crescimento do pênis, aparecimento de pêlos sexuais, aceleração do ritmo de crescimento, etc.) o paciente é enviado à cirurgia. Quando o paciente apresenta simultaneamente hérnia, o autor recomenda a correção cirúrgica simultânea dessa anomalia e do criptorquidismo, mesmo no período pré-puberal. Quando o paciente apresenta também obesidade, hipotireoidismo ou qualquer outra anomalia endó-

crina, essas alterações são corrigidas previamente antes de se cuidar especialmente do criptorquidismo.

Aspecto psicossomático. Luiz Miller de Paiva. — O autor passou em revista as diversas fases da adolescência (pré-puberal, puberal e pós-puberal), acentuando a influência hormonal desencadeadora de modificações psicológicas na adolescência normal e na patológica. Citou as causas orgânicas e psicológicas dos distúrbios emocionais do adolescente e salientou, em 18 observações clínicas, os diversos fatores (conscientes e inconscientes) produtores da adolescência patológica. Para elucidar melhor correlacionou-os com as diversas fases da evolução sexual da criança (fases oral, anal, genital e de latência). Finalizou abordando o problema terapêutico desses distúrbios emocionais, dizendo que a psicoterapia psicanalítica está indicada, mas que a melhor arma seria uma higiene mental profilática (reeducação dos pais), salientando mesmo a importância de um curso pré-nupcial.

Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho

Sessão em 16 de janeiro de 1957

Pesquisa, diagnóstico e terapêutica do câncer — Dr. Carlos Botelho Filho. (conferência). — No anfiteatro do Instituto de Radium "Arnaldo Vieira de Carvalho", na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, o dr. Carlos Botelho Filho pronunciou, no dia 16 de janeiro p.p. conferência sobre pesquisa, diagnóstico e terapêutica do câncer.

Antes do conferencista, abrindo a sessão, o dr. Oswaldo Portugal proferiu as seguintes palavras:

"O Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho tem a honra de receber, esta manhã, o cancerologista Carlos Botelho Filho, que se dignou abrilhantar nossa reunião científica das quartas-feiras, proporcionando-nos a exposição da sumula de seus trabalhos, que, imperioso é de se reconhecer, formam uma obra de relevo impres-

sionante, que o elevam à figura de renome internacional. Simples colóquio em família, nem por isso deixa de ter para nós uma alta significação. Sua voz ressoará nestas paredes, como em nossos espíritos com a natural vibração do que éle vale, pelo êxito de suas pesquisas, como pela inteligência, pela perseverança e pela inatacável probidade com que, desde a juventude, pôs todas as suas energias e tanto dos seus recursos materiais ao serviço da causa, profundamente humana, de investigador e promover meios de combater o câncer.

Toca-nos, outrossim, no sentimento a sua presença. De todos os tempos, desde os seus primórdios, contou esta Casa com o privilégio de sua preferência, vindo conosco colaborar, tempos a fio, praticando a sua famosa reação de Botelho, para o diagnóstico

do câncer, ensinando a técnica, retocando-a, apurando-a, enfim. Os seus estudos de terapêutica anticancerosa, que abriram novos e sedutores caminhos na luta contra o mal, absorveram-nos aqui, em longas e pacientes investigações. Orgulha-nos, no particular, ter sido em nossas enfermarias que se praticou, após meditadas cogitações, a sua primeira tentativa em "anima nobiles", promovendo tratamento próprio, cujo método levado para o estrangeiro, granjeou-lhe merecida fama e conceito no mundo científico.

É natural, pois, que preziosamente, suspendamos hoje a nossa habitual atividade, para ouvi-lo — amigo da Casa — abordar, atualizando, os novos rumos que deu ao problema — na pesquisa, no diagnóstico e na terapêutica. É, sobretudo, a revista de sua produção na França, onde se iniciou ao lado de Hartman, plasmando e dilatando uma obra de cunho eminentemente pessoal, que o engrandecem e à sua Pátria.

Longa e difícil — bem o sabemos — tem-lhe sido a jornada, de trabalhos, de penas, de dúvidas; jamais, porém, lhe vacilou a chama animadora da esperança. Indiferente ao ceticismo geral, a resistências incompreensões naturais contra tudo o que é novo, nunca vacilou a sua indomável pertinácia, para alcançar, finalmente, do árduo e incansável trabalho, vitórias positivas, que lhe emprestam relevo singular, impondo-se, destarte, o seu nome nos meios do mais rigoroso critério científico, como uma indisputável capacidade em cancerologia.

Certa vez, há vários anos, em Paris, interpelei o grande Regaud, na época o chefe incontestável da cancerologia na França, a respeito do nosso compatriota. Respondeu-me, de pronto: é uma bela inteligência, perseverante pesquisador, ardoroso no idealismo e de inatacável moralidade. E acrescentou: pode-se comparar o mistério do câncer a uma ave escura, de tentadora plumagem; inútil procurar abatê-la com as mãos. E Botelho talvez já lhe tenha, em certos lances, apanhado algumas penas.

Comento eu: penas são asas, que objetivam talvez, em seres viventes a

forma mais sutil, quase imaterial, da própria matéria... No caso, têm a expressão de um símbolo.

Persevere, pois, o nosso patricio Carlos Botelho nesse ideal, que lhe traçou o destino e obtenha o justo e completo prêmio do seu fecundo labor. Nós o aplaudiremos pelas novas conquistas, que hão-de vir, como já agora o aplaudimos pelas conquistas que alcançou, integradas definitivamente no acervo da ciência.

Nem mais uma palavra: ouçamo-lo".

A CONFERÊNCIA

O conferencista, antes de entrar na parte substancial de sua exposição, fez ligeiro resumo de suas atividades em torno do problema do tratamento do câncer, atividades que remontam há cerca de 40 anos. Relembra os primeiros casos estudados, aqui em São Paulo, apelando para o testemunho do dr. Oswaldo Portugal que o acompanhou nos passos iniciais na senda que haveria de absorvê-lo pela vida inteira.

Mais tarde, como chefe de laboratório do Serviço do grande cirurgião Hartmann, pôde desenvolver amplamente o seu plano de estudos, escudado na casuística pessoal, passada pelo crivo dos mais exigentes requisitos científicos — registro iconográfico, exame clínico e anatomo-patológico, apresentação de doentes tratados pelo seu método a sociedades sabias, apresentação de seus trabalhos a congressos científicos, publicação de seus estudos em revistas especializadas etc.

Dois pontos, sobretudo, foram por ele focalizados no correr da explanação: a reação universalmente conhecida como "reação de Botelho"; e a introdução da medicação iodo-iodetada, citada já no Codex francês como fórmula de Botelho.

A reação de Botelho fundamenta-se na inversão da relação serina-globulina, por ele analisada e posta em termos técnicos de apreciação prática. A fórmula iodo-iodetada, pertinazmente estudada e melhorada, até chegar a seu emprego terapêutico, atende principal a sedação das dores cancerosas, verdadeiro martírio dos doentes.

A propósito desses pontos altos de sua luta contra o terrível flagelo, delongou-se em episódios marginais, à medida que ia apresentando ao auditório toda a farta e irrepreensível documentação de suas asserções fundamentais. Por uma hora aproximadamente, trouxe os ouvintes presos a uma exposição singela, menos uma conferência que uma conversa entre amigos, a que não faltaram nem referências chistosas a fatos do passado, nem a incidentes pitorescos ocorridos em sua longa campanha em terras estrangeiras.

Ao encerrar a sessão, o dr. Zepherino do Amaral pediu a palavra para prestar ao conferencista a homenagem

de uma lembrança pessoal, que o situa, desde a juventude, dentro da mesma diretriz intelectual que seria a sua pela vida inteira. Conheceu-o em Paris, em plena mocidade e já absorvido pelo problema do câncer, que constituía uma linha constante de preocupação em sua formação mental.

E foram, sem dúvida, o extremo amor à verdade científica, a perseverança sem tréguas, o idealismo construtor e o desinteresse pelos aspectos materiais da profissão que lhe impuseram à carreira um nobre devotamento ao doente, na procura de recursos diagnósticos e terapêuticos.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivo dos Hospitais da Santa Casa de São Paulo, Vol. II, n.º 3, setembro de 1956. Alergia em cirurgia e apendicite alérgica — Dr. Walter E. Maffei: Alergia em cirurgia, com especial referência às apendicopatias alérgicas — Dr. Sebastião Hermeto Junior.

Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Vol. 10, n.º 1/2, junho/dezembro 1956. Sobre alguns elementos da estrutura epidemiológica da cidade de São Paulo no que se refere a doenças cujos agentes etiológicos se eliminam pelos excreta — A. S. Ayrosa Galvão, Nelson L. de Araújo Moraes, Lauro Bastos Birkhols & J. Moreira Garcez Filho: Técnicas modernas no processo de filtração rápida das águas de abastecimento José M. de Azevedo Netto: Notas sobre a infestação experimental do *Australorbis nibricans* (SPIX) do Município de São Paulo, pelo *Schistosoma* — J. O. Coutinho: Notas sobre modificações do "MIFG" na conservação de fezes para pesquisas de cistos de protozoários — J. O. Coutinho: Notas sobre o encontro

de *Iodamoeba* Dobell, 1919, em fezes de porcos (*Sus scrofa domesticus*) em São Paulo — J. O. Coutinho e Ernesto X. Rabelo.

Notas sobre Culicidae (Diptera) — O. P. Forattini, Ernesto X. Rabelo & R. L. Heredia: Nova espécie de *Culicoides*, (Diptera Ceratopogonidae) de São Vicente, Estado de São Paulo, Brasil — O. P. Forattini: Inquérito sobre o estado de nutrição de um grupo da população da cidade de São Paulo. IV — Investigações sobre a ocorrência de deficiência de ácido ascórbico — Yaro Ribeiro Gandra: Inquérito sobre o estado de nutrição de um grupo da população da cidade de São Paulo. V — Resultados das dosagens de proteína totais fosfatase e hemoglobina, das contagens de eritrócitos e dos exames de fezes. Alguns sinais clínicos gerais de desnutrição — Yaro Ribeiro Gandra: Comportamento das reações de Mantoux, V.D.R.L. e de Migliano no exame de 1.200 sôros — Durval Rosa Borges: Ensaios preliminares com a reação de fixação do complemento na poliomielite — Durval Rosa Borges e Dácio A. Christovão.

**PODEROSO ANTISÉPTICO
URINARIO E BILIAR**

URASEPTINE ROGIER



Fabricada no Brasil com licença especial de HENRY ROGIER, PARIS, FRANCE.
LABORATORIOS ENILA S. A. Caixa 484. Rio de Janeiro.

Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal 484 — Rio de Janeiro
Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — Fone: 34-7575 — São Paulo

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Vol. XIV, n.º 4, dezembro de 1956. Lobotomia transorbitária. Resultados obtidos em 54 pacientes tratados em hospital privado. — Drs. Paulino Longo, Joy Arruda e J. Armbrust Figueiredo; Valor da linha bimastóides de Fischgold e Metzger para o diagnóstico radiológico da impressão basilar. — Dr. Horácio Martins Canelas, José Zacis, Gilberto G. M. Almeida e Hélio Lemmi: Neurofibrillar differentiation in 8-to 14-somite chick embryos. — Dr. Eros Abrantes Erhart: Diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de la arteria cerebral anterior — Dr. Radi F. M. M. tera: Valor do sono natural ou induzido no eletrencefalograma. Resultado de 500 observações em pacientes com moléstias convulsivas — Drs. José Geraldo Albemaz e Doris Saller Albemaz: Oclusão bilateral da artéria carótida interna. Estudo angiográfico de um caso — Drs. José Zacis e Oswaldo Ricciardi Cruz: Cuidados cine-sioterápicos nos acidentes vasculares agudos cerebrais. — Dr. Abrão Anghinah.

Boletim de Higiene Mental, Ano XIV, n.º 146-147, setembro-outubro de 1956. O que você deve saber sobre as doenças mentais — Dr. Winfred Overholser: Proibição da venda de remédios sem prescrição médica — Dr. Paulo Fraletti.

Folia Clinica et Biologia, Vol. 23, n.º 4/6, abril-junho de 1955. Zago f.º, H. & Barreto, M. P. — Sobre flagelados intestinais da cuica *Lutrolina crassicaudata*, com descrição de uma nova espécie de Hexamita (*Flagellata*, *Diplomonadida*, *Hexamitidae*): Erhart, E. A. — An easily prepared urea resin as a transparent medium for the embedding of biological specimens and other uses; Coutinho, J. O. — Contribuição para o estudo de *Leishmania euriptii* Muniz e Medina, 1948 — Inoculação experimentais: Forattini, O. P. — Redescricao de *Culicoides guttatus* (Coquiller, 1904) e *C. insignis* Lutz, 1913 (Diptera *Ceratopogonidae*): Jorg, M. E. — Limite sud de la dispersion geográfica de *Triatoma infestans* y su infestacion por *Trypanosoma cruzi* en Argentina: Magalhães, A. E. Régio, S. F. M. Si-

queira, A. F. — Resultados de um inquérito sobre enteroparitoses em uma fazenda do município de Ribeirão Preto; Ramo, A. da S. & Ikima, H. M. de A. — Nota sobre o achado ocasional do *Trypanosoma cruzi* em exames hemoscópicos: Brasil, O. V. Corbett, C. E. Bairão, G. S. — Efeitos neuromusculares do éter etílico e do clorofórmio; Cotrim, J. S. & Ramalho, A. C. — Nova técnica de coloração de protozoários pelos derivados do Romanovsky.

Gazeta Clínica, Ano LIV, n.º 3, 3.º Trimestre de 1956. Afecções da tireóide e das paratireóides — Aloysio Moraes Rgo.

I. P. H. (Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares). Vol. 4, 3.º Trimestre de 1956.

Maternidade e Infância, Vol. XIV, n.º 4, outubro-dezembro de 1955. IV Congresso Panamericano de Pediatria (2.º Tema oficial).

Neurônio, Vol. XVII, n.º 4, 4.º Trimestre de 1956. Influência da pediatria na recuperação de detentos — Luís Carlos Gomes de Mattos.

Pediatria Prática, Vol. XXVII, fasc. 10, outubro de 1956. Cuidados para com o prematuro — J. C. Soares Bicuado: Conceito de Pediatria Social — Olavo Correia Lima: Invaginação intestinal (atualização) — Roberto de Vilhena Moraes.

Publicações Médicas, Ano XXVII, n.º 195, Infarto do miocárdio e sanareliques condicionadas — Octávio de Carvalho: Pesquisas da infecção pelo "*Trypanosoma cruzi*" entre candidatos a doadores em Banco de Sangue do Recife-Pernambuco — L. M. Pereira da Silva e Darcy Lima: A enurese infantil — Alvaro Cerne de Carvalho: A transfusão-desconexão — M. G. Ringenbach.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXV, n.º 11, novembro de 1956. Aron B. Lerner — Pigmentação melânica: L. Miller de Paiva — Fatores psicossomáticos e psicanalíticos da úlcera gástrica e duodenal — Nova personalidade do ulceroso, de interesse cirúrgico: Mario Zanchi — Associação anti-histaminico-vitaminica no trata-

mento de algumas dermatopatias: Malformações congênitas de carência: Organotropismo dos antibióticos.

Revista Paulista de Hospitais, Vol. IV, n.º 10, outubro de 1956. Agentes fisioterápicos usados em reumatologia — Dr. Waldo Rolim de Moraes: Evolução das Santas Casas no Brasil — Laide Marques Lema: Fadiga — Teorias — Como evitá-las — Celina A. Camargo: História da Medicina do Brasil — Os primeiros dentistas — Lycurgo Santos Filho: Permanência de Clemente Ferreira: Clínicas Volantes: Treinamento de alunas de enfermagem e de Serviço Social — Ruy Pinto Cunha: Problemas médico-administrativos nos Hospitais — Mesas Redondas em Marília — Campinas: Considerações gerais sobre Medicina Social e do Trabalho — Drs. Mário Rodrigues Louzã — José Rodrigues Louzã: Hospital infantil ou Unidade de Pediatria em Hospital geral — Irm. Maria Joana Bosco: O Serviço de Higiene da criança num Centro de Saúde — Drs. Armando Piovesan e Paulo C. Castro: A criança no sistema hospitalar brasileiro — Dr. J. Almeida Rios: Entre um grito e um suspiro — Juan Gonzalez Ortiz.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 49, n.º 2, novembro de 1956. A arteriografia transclombar, em série, no diagnóstico urológico — Geraldo de Campos Freire, Eduardo de Souza Cotrim e Christovam Pacheco Ferreira de Sá: Posição atual do "Billroth I" na ressecção gastroduodenal por úlcera — Piragibe Nogueira e Lauro A. Sant'Ana: Provas para a avaliação da atividade na artrite reumatóide.

II: Determinação das mucoproteínas — Wilson Cossermelli, Rubens Guimarães Ferri, Sergio Giannini e Tiyo Tutiya: Inversão do mamilo. Contribuição ao tratamento cirúrgico — Victor Spina: Litíase salivar. Corpo estranho raro na fossa nasal — Edgard de Cerqueira Falcão.

Revista Brasileira de Leprologia, Vol. 24, n.º 4, outubro-dezembro de 1956. Nelson Souza Campos — O BCG na profilaxia da lepra — Positividade espontânea — Positividade em seguida à reinoculação do antígeno de Mitsuda — Resultados práticos até agora observados: Adhemar Mário Fiorillo e Luiz Marino Bechelli — Leprominoreação e Alterações eletroforéticas em indivíduos não diabetes de lepra e portadores de afecções sistêmicas: Luiz Pavesio e Wilson Brotto — Tratamento de neuralgia cubital hanseânica pelo Lumetox: Fernando Alayon — Apresentação de Relatório sobre Subsídios para o estudo da profilaxia da lepra: Prof. J. Aguiar Pupo, L. Baptista, J. M. Barros, L. M. Bechelli, J. C. M. Reis Filho, A. Rothberg e N. S. Campos — Subsídios para a profilaxia da lepra — (Conceito atual, Disposições legais e regulamentação correlata.

Seara Médica, Vol. X, n.º 4, outubro-dezembro 1955. Tronco celiaco (Dois casos de anastomose celiaco-mesentérica inferior) — José Geraldo de Carvalho Lima, Waldemar Diniz Pereira de Carvalho: O simpático lombar na criança estudo anatômico — Dr. Jesús Pan Chacon: Indiferença congênita universal à Dór — Juvenal da Silva Marques.

METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Instituto Nacional de Reabilitação

Sua criação. — O governo do Estado assinou recentemente decreto criando o Instituto Nacional de Reabilitação, anexo à Clínica Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

A iniciativa, de capital importância na recuperação do incapacitado físico, vinha desde 1951, preocupando a Organização das Nações Unidas, que enviou vários de seus emissários à América Latina a fim de estudar o local mais apropriado para instalação de um Centro de Reabilitação.

Finalmente, em 1955, decidiu a organização mundial que o Centro Médico de São Paulo preenchia exatamente os quatro requisitos essenciais por ela exigidos a saber:

- a) estar ligado a serviços hospitalares adequados e facilidades de ensino;
- b) possibilitar oportunidade para treinamento vocacional;
- c) apresentar ensejo de emprego na comunidade, dos incapacitados físicos reabilitados e treinados convenientemente;
- d) ser acessível ao treinamento de médicos, e outros profissionais técnicos do local e de outros países.

Por outro lado, é a Faculdade de Medicina de São Paulo a única classificada com o grau "A" pela Associação Médica Americana, dentro de toda América Latina.

Enfim, São Paulo apresenta condições excepcionalmente favoráveis, como cidade eminentemente industrial, para o aproveitamento dos incapacitados físicos.

Funcionando inicialmente, a título precário, anexo à Clínica Ortopédica

e Traumatológica, hospital Universitário, com uma capacidade de cerca de 300 leitos, deverá se constituir, muito em breve, em entidade autônoma, subordinada à Reitoria da Universidade de São Paulo, pois é uma instituição de âmbito nacional e que deverá ter os seguintes objetivos:

- 1) demonstrar o valor econômico e social da reabilitação e educar a opinião pública no que se refere às possibilidades de trabalho das pessoas defeituosas, e, seu direito de ocupar uma posição útil e definida na sociedade;

- 2) prover serviço de reabilitação eficiente aos incapacitados físicos, principalmente aos adultos e operários acidentados;

- 3) treinar pessoal técnico: médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, conselheiros vocacionais, assistentes sociais, psicólogos e outros;

- 4) fazer pesquisas no campo de reabilitação, com a finalidade de oferecer melhores serviços para os incapacitados.

Como programa inicial de trabalho, está o Instituto Nacional de Reabilitação, dirigido pelo prof. Godoy Moreira, traçando as bases do 1.º curso oficial de Fisioterapia. Para tanto, já conta com a colaboração de uma técnica enviada recentemente pela ONU, além do corpo médico do hospital. Outros dois técnicos em reabilitação estão sendo aguardados ainda este mês.

Para a contratação do pessoal necessário para o funcionamento do INAR bem assim para a aquisição do seu aparelhamento, determinou o governador fosse votada a verba de 8 milhões de cruzeiros.

Medicação coadjuvante
na dietética do emagrecimento

ANTIOBESINA

Fórmula por comprimido de 0,47 g:

Sulfato dexedrina	0,00250 g
Reserpina	0,00005 g
DL-Metionina	0,40000 g

★

VIDROS COM 40 COMPRIMIDOS

★

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S/A.

Rua Pedroso de Morais, 977 — Fone 80-2171

SÃO PAULO — BRASIL

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

Centro de Estudos Franco da Rocha

Prêmio "Fausto Guerner" para 1957. — Estão abertas, na secretária do Centro de Estudos "Franco da Rocha", as inscrições para o Prêmio "Fausto Guerner", que este ano versará sobre um tema de neurologia e ramos afins. Os trabalhos deverão ser inéditos, datilografados em espaço duplo e não contendo em seu texto nenhum elemento que permita a identificação de seus autores. Poderão concorrer a ele, autores brasileiros em geral, e sócios estrangeiros do C.E.F.R.. A secretária do Centro de

Estudos fornecerá aos interessados, que os solicitarem, exemplares impressos do regulamento do Prêmio. O autor do trabalho premiado receberá em sessão solene do mês de outubro do corrente ano, um diploma honorífico e a importância de Cr\$ 1.500,00. Os trabalhos deverão ser entregues ao secretário do C.E. "Franco da Rocha", até o dia 4 de maio do corrente ano, impreterivelmente, acompanhado de um envelope com a identificação dos autores ou autor.

Faculdade de Medicina de São Paulo

Colação de grau. — Realizou-se no dia 23 de janeiro do corrente ano, a solenidade de colação de grau dos médicos de 1956, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi paraninfo o professor Carlos da Silva Lacaz falou, em nome da turma, o diplomando Synesio de Oliveira Borges.

OS GRADUANDOS

São as seguintes os novos dânicos:

Adelcorcio Faria de Santana, Alan André Dunin Borkowsky, André Orlandi, Amélia do Bem Barroca, Antonio Pereira, Antonio Shimoto, Arlindo Zechi de Souza, Caio Williams de Castro, Candido Carreri, Carla Segre, Cicero Aurelio Sinisgalli, Danilo Prado Garcia, Djalma C. Outeiro Pinto, Doris Marjorie Andrade, Edith Politis, Edson Silveira, Elias S. Mansur, Ellade Piva, Enio Orlando dos Santos, Fábio Guimarães Lobo, Felix Gimenes, Fernando Bueno Pereira Leitão, Flavia Valeria de Sampaio e Fonseca Guimarães, Francisco Pereira Lopes (Geraldo Carraro, Geraldo Modesto de Medeiros, Gil Vital Alvares Pessoa, Gilles Henri Duchene, Haruko Okumura, Isabel Etruri, Jayme Murahoschi, João Antonio Prata Martins, João Humberto Arroyo Di Lorenzo, João Lourenço de Campos Filho, João

Prado Garcia, João Roberto Oliveira Martins, Jorge W. F. Amaro, José Alber toPeurgini, José Câmara, José Luiz Baethgen Montenegro, José Luiz Bastos Nolf, José Nilten de Oliveira, José Ribeiro de Menezes Netto, José Saad, José Takara, Lazaro Gilberto Formigoni, Leonardo Berger, Lucinda de Oliveira, Lucy Duailibi, Luiz Gustavo Horta Barbosa Enge, Luiz Alberto Meirelles Corrêa de Brito, Luiz Alves Ferreira, Luiz Carlos da Costa Gayotto, Luiz Marques de Assis, Lyria Yanagui Uratani, Marcus Wolosker, Maria Aparecida Salgado Cesar, Maria Candida de Barros Ponikwar, Maria Doris de Campos, Maria José Machado de Mendonça, Mario Roberto de Araujo Coriolano, Max Beresovsky, Milton Jorge Navarro Gonzalez, Nelson Camin Marchese, Nelson Proença, Olavo de Carvalho Filho, Pedro Gazal, Roberto D'Alessandro, Sadae Chiba, Sylene Brovini, Sergio Ryuso Dohi, Silvano M. A. Raia, Synesio de Oliveira Borges, Szulim Ber Zyngier, Theresa Oguime, Vilma Novo Mendonça Cortez, Vinicio Carlos Rossi, Waldemar Abdo, Walderez M. Rodrigues, Waldeyer Arouca, Walther José Lodeiro Silva, Wilson Ramalho Weigl, Adan Rodrigues Guerra, Albertina Elida Gorrichategui Tack, Jorge Urquiola Castrillo e Nahen Seguias Salazar.

Sociedade Médica São Lucas

Eleição da Diretoria para 1957-1958. — Realizou-se no dia 12 de fevereiro do corrente ano, uma sessão ordinária, para eleger os novos membros que regerão os destinos da Sociedade Médica São Lucas durante o ano 1957-1958. A diretoria ficou assim constituída: Presidente — Dr. Luiz Branco Ribeiro; Vice-presidente — Dr. Paulo Roberto Cardoso Re-

bocho; 1.º Secretário — Dr. Eurico Branco Ribeiro; 2.º Secretário — Dr. João Noel von Sonnleithner; 1.º Tesoureiro — Dr. Ferdinando Costa; 2.º Tesoureiro — Dr. John Kolb; Bibliotecário — Dr. Nelson Campanile; Conselho Consultivo: Drs. Paulo G. Bresnan, Waldemar Machado, Moacyr Boscardin, Roberto Deluca e Ernesto Affonso de Carvalho.

Homenagem (*)

Montenegro e a cirurgia gastroduodenal no Brasil. — pelo Dr. Alfredo Monteiro. — Faz cinco lustros que recebemos das mãos de Benedito Montenegro a grande lição prática de gastrectomia.

O que era então a Cirurgia gastroduodenal no Brasil por aquela época?

Aqui e ali, praticavam os cirurgiões patricios ressecções esporádicas de estômago, sem experiência apreciável para metodizar técnicas perfeitas. Dominava o conceito das operações de curto circuito e a gastro-enterostomia era executada a larga mão, sobretudo pelos técnicos que seguiam a orientação operatória dada pelos internistas.

Ao contrário destes, Benedito Montenegro, em São Paulo, e Borges da Costa, em Belo Horizonte, comandavam os pelotões da Escola Ressecционista.

Por condições especiais, tornou-se São Paulo a Meca Cirúrgica dessa orientação. Os cirurgiões do Brasil que visitavam a Capital Bandeirante corriam a ver Montenegro no Sanatório Santa Catarina. Fomos dos primeiros a divulgar no Rio de Janeiro a técnica de Gastrectomia do ilustre cirurgião paulista.

Depois, em visitas ao Rio de Janeiro, fez Montenegro, demonstrações

na Clínica do Professor Brandão Filho, a que compareceu sempre grande número de técnicos cariocas. Tomando parte em Congressos de Cirurgia, em Buenos Aires, levamos um excelente relatório do Mestre sobre 600 gastrectomias revistas.

De tão importante comunicação resultou que fôsse Benedito Montenegro convidado como relator, no Congresso seguinte, do tema de "Úlcera duodenal".

Em 1938, no Serviço do Professor José Jorge, em Buenos Aires, demonstrou o Mestre sua bela técnica, e na mesma sessão, procuramos reproduzir a padronização daqueles que nos ensinara.

Em 1943, pela primeira vez, no nosso tratado de Técnica Cirúrgica, foi publicada, com excelente ilustração a "Gastroduodenectomia" pelo processo de Richel-Polya, segundo a seriação do cirurgião paulista. Até hoje, nada se fôz de mais perfeito quando se adota esse processo, com anastomoses abertas.

A ligadura dos vasos do estômago, o isolamento do duodeno, a precisão das anastomoses, a limpeza, graças ao clampê gêmeo de Abbadie, e outras minúcias, constituiram a base da técnica de Montenegro.

Alguns mal avisados poderiam ver na execução técnica de Montenegro

(*) Homenagem publicada na "Revista Brasileira de Cirurgia", Vol. 30, n.º 6, dezembro de 1953.

um malabarista, mistificando a assistência com movimentos rápidos e ocultos, tal a regularidade dos tempos operatórios que se desenrolaram, horariamente, dentro de 75 minutos.

A verdade, porém, de tal perfeição, resultou de quatro fatores:

- a) profundo conhecimento de Anatomia, de que fora professor ao lado do grande e saudoso Bovero;
- b) educação técnica regrada, de que, igualmente, havia sido titular;
- c) experiência larga;
- d) conceito de equipe de trabalho e ritmo operatório.

Fomos imitadores do Mestre, e disso nos orgulhamos.

Inicialmente não adotamos os três planos de sutura preconizados, limitando-nos a dois, o que igualmente fizeram muitos de seus diletos discípulos. Em 1943, quando abraçamos na Cirurgia gastroduodenal, a técnica das anastomoses fechadas, tivemos que nos afastar do Mestre nesse ponto,

conservando, entretanto, as bases fundamentais de sua técnica.

Não foi pequena a contribuição de Montenegro no tocante ao problema das úlceras penetrantes no pâncreas.

Ainda com orgulho de brasileiros, vimos, em Paris, Welti reproduzir o descolamento submucoso do duodeno, segundo o procedimento do cirurgião brasileiro. Já é possível, hoje, avaliar-se quando o professor de Cirurgia de São Paulo contribuiu para o progresso de técnica gastroduodenal no Brasil.

Aquêles que, como nós, têm visitado os rincões de nossa Terra, podem avaliar a perfeição das ressecções de estômago, feitas por jovens cirurgiões que tiveram a orientá-los a experiência do Mestre.

É justa a homenagem prestada a Benedito Montenegro, porque, graças a ele, sem vaidade, podemos afirmar que, em nenhuma parte, no momento atual, a Cirurgia gastroduodenal sobrepõe aquela que é praticada no Brasil.

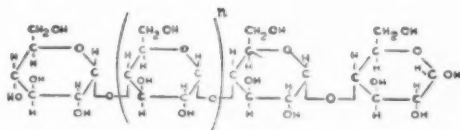
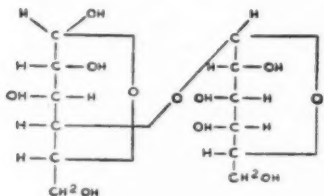
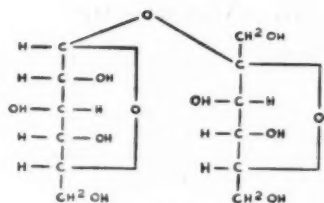
CONGRESSOS E CURSOS MÉDICOS

IV Congresso Argentino de Gastroenterologia

Sua realização em Salta (República Argentina). — Terá lugar, na cidade de Salta República Argentina, de 12 a 17 de agosto de 1957, a realização do IV Congresso Argentino de Gastroenterologia, constante do seguinte temário: Fisiopatologia da mortalidade colonica; Constipação; Polipo colonica; Mega colon na criança; Mega colon em adulto; Obstrução aguda do colon; Esofagites por refluxo. Mesa redonda sobre "Tratamento da cirrose hepática.

A organização do certame que se realizará sob os auspícios da Socie-

dade Argentina de Gastroenterologia, está a cargo de uma comissão assim constituída: Presidente — Dr. Carlos Reussi (Buenos Aires); Vicepresidente — Drs. Carlos Aguirre (Córdoba); Juan Cortés (Rosário), Néstor B. Turco (Buenos Aires); Secretários: Drs. Marcos Meeroff, José B. Viqueira Casal; Tesoureiro — E. H. Flaschland Siburu; Oradores: Drs. Esteban A. Cabanne, Pablo R. García Siguero e Samuel Koahn. Qualquer informação referente ao citado Congresso poderá ser dirigida a Secretaria da Comissão Organizadora, Av. Santa Fé, 1171, Buenos Aires (República Argentina).



“uma mistura de hidra-
tos de carbono ao invés
do emprego de um só...”

LACTOGENO

LACTOGENO (Reconstituído)

Gordura	— 3,04%	Maltose-dextrina	— 1,91%
Proteínas	— 2,12%	Sacarose	— 1,91%
Lactose	— 2,86%	Sais minerais	— 0,46%
Água — 87,70%			
Calorias por 100g — 63			

uma especialidade



IV Congresso Sul-Americano Meridional de Oftalmologia

Sua realização em Montevidéo (Uruguay). — A Sociedade de Oftalmologia Sul-Americana Meridional, sob os auspícios da Associação Panamericana de Oftalmologia, fará realizar, em Montevidéo, Uruguai, no período de 4 a 7 de abril do corrente ano, o IV Congresso Sulamericano Meridional de Oftalmologia. Foi escolhida essa data para facilitar a ida dos oculistas participantes do referido conclave ao VI Congresso Argentino de Oftalmologia, que será realizado em Mar del Plata, República Argentina de 9 a 13 de abril do corrente ano. Como tema oficial será apresentado um painel sobre: "Recentes aquisições na terapêutica ocular", sendo a distribuição do assunto a seguinte:

I — Terapêutica Médica: Corticosteróides e Acth — prof. Clovis Paiva e dr. Abrão Zaverucha, do Centro de Estudos I. Salazar (Recife — Pernambuco — Brasil); Antituberculosos — prof. Ernesto Oliver Schneider, da Sociedade Chilena de Oftalmologia (Santiago — Chile); Antialérgicos — dr. Angelo Laborne Tavares, da Sociedade de Oftalmologista de Minas Gerais (Belo Horizonte — Minas Gerais — Brasil); Vitaminas — Sociedade de Oftalmologia e Otorrinolaringologia do Paraguai (Assunção — Paraguai); Vasodilatadores — dr. Mario Araujo Azambuja, da Sociedade de Oftalmologia e Otorrinolaringologia do Rio Grande do Sul (Porto Alegre — Rio Grande do Sul — Brasil); Anti-reumáticos — prof. Renato de Toledo e dr. Gino Berretini, do Centro de Estudos do Oftalmologia (São Paulo — Estado de São Paulo — Brasil); Antibióticos — drs. Jacques Tupinambá, Arthur Amaral Filho, José Luiz Lemos da Silva e Antonio Santiago Malta, da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo e do Departamento de Oftalmologia da Associação Paulista de Medicina (São Paulo) —

Estado de São Paulo — Brasil); Terapêutica Médica Antiglaucomatosa — Sociedade Oftalmológica de Córdoba (Córdoba — Argentina).

I — Terapêutica Cirúrgica: Anestesia Ocular — dr. Alberto Afonso Ferreira, da Associação Médica do Instituto Penido Burnier (Campinas — Estado de São Paulo — Brasil); Cirurgia da Catarata — dr. Ruy Costa Fernandes, da Sociedade Brasileira de Oftalmologia (Rio de Janeiro — D. F. — Brasil); Cirurgia do Descolamento de Retina — prof. Antonio Debezies, da Sociedade de Oftalmologia do Uruguai (Montevidéo — Uruguai); Cirurgia do Glaucoma — Sociedade de Oftalmologia do Norte (Sgo del Estero — Argentina); Queratoplastias — profs. Cyro de Rezende e Paulo Braga de Magalhães, do Seminário de Oftalmologia Prof. J. Brito (São Paulo — Estado de São Paulo — Brasil); Cirurgia do Estrabismo — Sociedade Oftalmológica do Litoral (Rosário — Santa Fé — Argentina); Cirurgia das Vias Lacrimais e Correção Cirúrgica da Miopia — Sociedade Argentina de Oftalmologia (Buenos Aires — Argentina).

Além desse painel, inúmeros temas livres de grande interesse estão registrados, aceitando-se inscrições de novos temas livres até o dia 28 do corrente. A diretoria da Sociedade de Oftalmologia Sulamericana Meridional entrou em contacto com várias companhias de aviação, tendo obtido descontos em algumas passagens aéreas de ida e volta entre São Paulo e Montevidéo. Existem inúmeros hotéis que poderão ser escolhidos pelas pessoas interessadas, por intermédio de companhias de turistas, que deverão se encarregar das reservas. Para maiores detalhes e informações, é favor dirigir-se ao diretor executivo da SOSAM — Rubens Belfort de Mattos — Caixa Postal 4036 — São Paulo.

Cursos de Pós-graduação para 1957

Sua organização sob os auspícios do Conselho Britânico. — Estão sendo organizados, pelo Conselho Britânico de Londres, para o ano de 1957, os seguintes cursos rápidos de pós-graduação para médicos:

Anestesia — realização em Londres de 24 de fevereiro a 9 de março;
Cirurgia Plástica — realização em

East Grinstead, Londres, Oxford, no mês de setembro do corrente ano;
Isótopos radioativos na medicina — a realizar-se em outubro p.f.

Outras informações poderão ser obtidas no Conselho Britânico, Av. Churchill, 129, 10.º andar, Caixa Postal, 2237, Rio de Janeiro.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Les gastrites. — F. Moutier e A. Comet, Masson & Cie, (Boulevard Saint Germain, 120), Paris, 1955. — O problema das gastrites vem preocupando os clínicos desde muitíssimos anos. Apesar de todos os estudos feitos até agora, apresenta ainda aspectos novos, não se devendo estranhar que um alentado volume sobre o assunto venha a lume recentemente,

com os mais modernos conhecimentos sobre uma velha e debatida questão. Os vários tipos de gastrites são estudados com minúcia nas 400 páginas deste volume. Problemas de terapêutica e de dietética são apreciados com atualidade, de sorte que o livro é de interesse e utilidade para clínicos e cirurgiões. Numerosas figuras, muitas das quais a cores, ilustram o livro.

Separatas e folhetos recebidos

Calcium or Protein in Tropical Africa — Dr. Robert Dumont — Bruxelles — 1956.

Conferências realizadas na secção de cirurgia da Polskiego Przeglądu Chirurgicznego — Varsovia — 1956.

Memórias médicas y administrativas. — LA FUENFRIA. — Institucion sanatorial para enfermidades del torax. "Talleres Graficos — Madrid". Instituição a serviço dos trabalhadores espanhóis foi ela criada em 1950 por Antonio Giron e vive para assistir aos tuberculosos e a outros enfermos de processos pulmonares adquiridos no trabalho.

Revelam essas memórias todas as atividades e serviços prestados desde a sua fundação até 1956. Apresenta

nas suas páginas — o regime da Instituição, tratamentos, resultados, tudo exposto de maneira perfeita e clara, bem como os problemas de ordem geral, projetos, organização e regime funcional.

Aos Drs. José Rumeu de Armas, Delegado Permanente do Serviço de Mutualidades Laboratoriais da Instituição e Ramiro Rodriguez Borlado y Martinez, Presidente da Junta Administrativa — os agradecimentos pela gentileza da remessa dessas "Memórias Médica e Administrativa dos cinco anos (1951-1955) de labor".

On urinary electrolytes in operative patients. — Pré-and postoperative studies. — Dr. Lassi Artala — Finlândia — 1956.



CYTO-ASCORBIOL CÁLCIO

VITAMINA C
+ GLIC. CÁLCIO



Labor

Associação de Vitamina C e Gliconato de cálcio perfeita-
mente estabilizada segundo estudos do Departamento de
Pesquisa da Laborterapica

LABORTERAPICA-BRISTOL S. A.
INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÉUTICA
RUA CARLOS GOMES, 924
STO. AMARO - S. PAULO

Colecistectomía

(Maniobra de H. Delageniere y derivados)

PROF. RICARDO FINOCCHIETTO

(*Da Fundación Enrique y Ricardo Finocchietto*)

En cirugía de vías biliares, antaño más que hogaño, hay casos de anatomía tan alterada que hasta puede resultar difícil decidir si lo que se tiene á la vista es vesícula ó coledoco. La frecuencia local de anomalías vasculares, hace de esta cirugía una de las más azarosas, donde lo que más vale es la sabiduría del desconfiado y precavido. Jeringa, agujas, exploradores y Rayos X estarán siempre á mano y en empleo constante. Duda, desconfianza y exploración, precederán al corte de todo punto dudoso ó sospechoso; y, donde la inseguridad persista, no se llegará al hecho consumado. Cada sector, adherencia, etc. antes de ligarse ó seccionarse, será examinado, planteándose el cirujano el cuestionario siguiente: ó se tratará de arteria hepática? ó del hepático, ó del colédoco? Cístico, cística, conducto accesorio?

La maniobra de Delageniere, publicada en la primera década de este siglo, fué ideada para dirigirse al colédoco, llegar á él y abrirlo con la mayor seguridad y sin sacrificar, de entrada, la vesícula. Consiste en despojar la cara inferior del colecisto y abrirlo paulatinamente siguiendo el eje de su cara colónica desde el fondo al cuello y, continuando por el cístico, llegar al colédoco y abrirlo. Como gesto exclusivamente destinado á descubrir la vía principal, la maniobra de Henri Delageniere (de Mans) tuvo su momento cuando eran comunes casos de anatomía profundamente alterada por la antigüedad del proceso. Hoy perdura su valor, pero ya no tanto como hilo de Ariadna, sino como ayuda para preparación y exeresis en los casos más dificultosos. En ese sentido, desde hace más de cuarenta años, venimos utilizándola en sus varias modalidades. La maniobra Delageniere está, sobre todo, indicada, cuando á unos 5 cms. del fondo vesicular se observa cierto estrechamiento colecístico; se trata de esbozo de ampolleta? La porción dilatada, inferior e izquierda, serán los canales? La maniobra Delageniere no debe demorarse en estos casos que, del lado de los canales, no se vé cla-

risimo. Más vale un Delangeniére inútil á un canal herido. La *manobra Delangeniére* ó abertura progresiva de vesícula, cístico, y, eventualmente, colédoco-requiere libertad de cara inferior del colecisto. Esto obtenido, y protegido el campo, comiézase por abrir sagitalmente el fondo, tomando los bordes con dos puntadas de fuerte hilo largo. Evacuado el órgano, explórase su interior tratando de establecer su dirección y amplitud. Después, se continua cortando en el eje de la cara inferior, en dirección al supuesto colédoco.

A medida, pinzanse los vasos que den, reemplazando varias de las pinzas verticales, por una ó dos, horizontales, aplicadas á lo largo del corte, además de hemostáticas, serán útiles tractoros. Durante la incisión vesicular hay que mantenerse en el eje de la cara inferior, evitando desviarse, sobre todo hacia la izquierda. Si el corte sangrara, las pinzas se reemplazan con puntos en equis, único recurso aplicable en caso en paredes muy engrosadas. La sección longitudinal de vesícula escleroatrófica, suele ser más cruenta, pues la retracción de las paredes colecísticas aumenta-relativamente-diámetro y número de las ramas de la cística. Por ejemplo: una vesícula que, cuando sana, tenía un diámetro de 5 centímetros é irrigada por cinco arteriolas de 5 decimas de milimetro de calibre, al transformarse en escleroatrófica, para su nuevo diámetro de 10 milímetros, continuará con sus cinco arteriolas de sus originarias cinco décimas de milimetro. La incisión en el cuerpo vesicular continuáse en el antro, que á menudo posee un sector adherido á la cara derecha de los canales. Llegado el corte inferior á ese punto, búscase la comunicación cole-cistocanalicular. Con frecuencia no hay cístico; la vesícula desemboca á pleno canal. A traves de la incisión antral se exploran los conductos. Si el corte infundibular fuera exiguo, prolóngaselo longitudinalmente abajo y derecha, ó transversalmente á izquierda. En este caso hay que observar, cortar y volver á observar, milimetro á milimetro; el hepático, ó aún la arteria hepática, duenden anteponerse al instrumento cortante y habria que rechazarlos. Existiendo bolsa de Hartmann ó antro en forma de sífón, el corte vesicular se hará por trazos aún más breves, hemostasiando cada corte y traccionando de lo ya cortado, para inspeccionar el interior del órgano y dirigir el siguiente corte guiándose por instrumento ó punta digital insinuada en el órgano. Tantas precauciones son absolutamente necesarias; si no se juzgaran imprescindibles, es que el caso no necesitaba de recurso tan trabajoso e inelegante como la maniobra que describimos. *Delangeniére antral, después de amputación corpórea.* Em casos particularmente delicados, puede resultar conveniente amputar el cuerpo vesicular á nivel del antro. En el resultante borde antral del corte, se hilvanan puntos en equis cuyos hilos largos servirán de tractoros, mientras con máximas precauciones, la maniobra continua á nivel del antro ó de la bolsa de Hartmann ó del sífón antrocístico. La *hemisección transversa de vesícula* es delicada cuando la cara superior del colecisto está muy metida en el hígado ó en contacto con

la región canalicular, congelada. Llegado el corte longitudinal de la cara inferior á un punto máximo, tráense las pinzas de uno de sus labios y, en el plano que la vesícula parezca menos profunda, la pared colecística se corta en perpendicular hasta traspasarla ó verse parénquima hepático. Repetido el mismo gesto en el otro labio, los elementos suprayacentes ó el parénquima hepático son rechazados unos milímetros, para continuar cortando pared vesicular y pinzando lo recién cortado.

La tracción de esas pinzas atrae la pared vesicular, la aleja de los elementos suprayacentes y permite continuar cortando vesícula con menos riesgo de alguna rama hiliar derecha. Terminada la sección superior y solidamente tomados sus bordes, la vesícula comienza á separarse, en forma obtusa y utilizando el plano conjuntivo.

Maniobra Delangeniére y bolsa Hartmann. — Existiendo bolsa Hartmann el corte hay que dirigirlo algo atrás y derecha del eje vesicular, en la cara quirúrgica de las vías biliares, evitando seccionar en la cara anterior, lo más cómodo y breve, pero que puede herir transversalmente el hepático. Durante los cortes antrales ó de la bolsa, se repetirán frecuentes inspecciones oculares é instrumentales del interior del órgano, buscando el orificio cístico, á menudo obliterado. Ante adherencias íntimas de cara inferior, la sección longitudinal progresiva puede llevarse á caso por la cara superior previamente separada del hígado, como, en 1924, lo describieron Zabala y Bengolea. El corte superior es menos claro y útil que el inferior.

Hemisección longitudinal. — En algunas circunstancias, más que la inferior exclusiva, resulta conveniente la hemisección longitudinal, es decir un Delangeniére de caras superior é inferior. Esta hemisección es sobre todo útil para orientarse en caso de vesícula sumamente pequeña, especie de divertículo del hepaticolédoco.

Amputación corpórea y Delangeniére antral. — Al encontrar serias dificultades en la región antral-bolsa Hartmann retrocoledociana, antrocístico en tornillo etc. — es recurso de valor amputar el cuerpo para librarse de él y preparar el segmento antrocístico abriendolo progresivamente. La amputación parcial y hemisección de la vesícula para continuar seccionando longitudinalmente la cara inferior del antro, ó la superior, ó ambas, es un recurso de real valor en los numerosos casos en que las dificultades están allí localizadas, como en antrocístico en sifón. Aún la *Sección longitudinal de cara inferior de cístico* es un Delangeniére tan grande en su eficacia como diminuta proporción. Terminada la maniobra Delangeniére es decir ampliamente abierta la vía biliar, es el momento de optar por el procedimiento definitivo. Resuelta la colecistectomía, con el órgano abierto, el método císticofondo es tan seguro como el inverso. En ciertas circunstancias, el colecisto se extirpará á pedazos: *Colecis-*

tectomia por despedazamiento. Optándose por extirpación exclusiva de la mucosa, comienzase por eliminar lo excedente de pared vesicular. Después se ensaya inyectar suero en la submucosa; el edema artificial facilita la sección y separación de la capa epitelial, que puede hacerse de cístico á fondo, ó á la inversa, ó solo en los sectores despedados por el edema, cureteando y taponando las partes adherentes.

Por lo general es bien visible la línea divisoria entre la lisa mucosa canalicular y la colecística, unas veces engrosada, otras papilomatosa, etc. La mucosa espesada se deja separar, movilizar y extirpar con relativa facilidad. Mediante la Delangeniére y derivados, empleados á tiempo y bien, la extirpación vesicular es factible con absoluta seguridad y máximo beneficio terapéutico. Puede darse el caso que, por cortes sucesivos, lo incindido á lo largo resulta ser el colédoco supraduodenal dilatado, tomado por vesícula. Evacuado el contenido, si la papila no fuera permeable, se elije entre papilotomía y colédoco duodenostomía. Con papila libre, la gran incisión coledociana se cose en uno ó dos planos, drenando con tubo tipo Kehr.

La maniobra Delangeniére es tan importante, que, junto con la colecistostomía, constituyen las operaciones básicas de vías biliares extrahepáticas. Los distintos tipos de colecistectomía, resultará de absoluta seguridad cuando la anatomía haya sido puesta en claro, ó, por lo menos, resguardada mediante la abertura progresiva de vesícula y cístico, á la Delangeniére.

EL DRENAJE EN CIRURGIA

E

SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevidéo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00

★

Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Rua Pirapitingui, 80



Ampolas de
5 mg
95 mg
100 mg

Betaxina
VITAMINA B₁

Comprimidos de
3 mg
50 mg
100 mg

Ampolas de
500 µg
e
1000 µg

VITAMINA B₁₂
- Bayer -

Ampolas de
800 mg
500 mg
1000 mg

VITAMINA C
- Bayer -

Comprimidos de
50 mg
200 mg

Solução oleosa
vidro de
10 cm³

VIGANTOL
VITAMINA D


VITAMINAS

»Bayer«




BETADOZE

*Apresentação: Caixas com
2 ampôlas de 2cc.*



*Uma associação de
vitaminas do grupo B.*



VITAMINA B₁ — 100 mg.
VITAMINA B₆ — 50 mg.
VITAMINA B₁₂ — 1.000 mg.

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.
Rua Maria Paula, 136 — Tel. 33-4263 — Cx. Postal, 847 — São Paulo



Aspectos da cirurgia gástrica nos Estados Unidos (*)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Várias vezes temos ouvido que a cirurgia gástrica no Brasil não é suplantada pela que se faz nos grandes centros dos países em que a arte de operar alcançou o seu mais amplo desenvolvimento. Ouvimos isso de médicos brasileiros que acabam de visitar a Europa e os Estados Unidos. Podia ser uma apreciação interesseira por mal compreendido espírito nacionalista. Mas, na verdade, a mesma opinião já ouvimos de um estrangeiro que nos conhece bem: Pablo Mirizzi, reputado cirurgião argentino, disse-nos, certa vez, durante um congresso que a ambos nos levou ao México, estas palavras muito agradáveis: "Acabo de fazer uma viagem de 4 meses percorrendo os mais afamados centros cirúrgicos do Velho e do Novo Mundo e não encontrei um só operador que fizesse melhor cirurgia gástrica do que a que vocês fazem no Brasil".

As linhas mestras da orientação dada entre nós pelo prof. Benedito Montenegro permanecem de pé, a despeito de tôdas as inúmeras tentativas de crear novos rumos, feitas em tôda parte no estrangeiro e aqui por alguns seguidas, sob a inspiração de trabalhos novos ainda não consagrados pela chancela da experiência. Em seu discurso, na abertura do Congresso de Gastroenterologia realizado em outubro último em Salvador, o grande mestre paulista fez sentir que, enquanto a cirurgia torácica havia dado passos gigantescos nestes ultimos anos, a cirurgia do tubo digestivo havia permanecido estacionária, sem apresentar progressos realmente efetivos. Essa asserção mostra bem claramente que as tentativas de introdução de novidade e do retorno a velhas técnicas haviam falhado no propósito de vencer os indiscutíveis inconvenientes que ainda apresenta a nossa atual orientação nesse campo da Cirurgia. Se, por um lado, isso é confissão de que não fomos capazes de obter melhorias substanciais, por outro lado deve o prof. Montenegro vangloriar-se de ter trilhado um caminho até agora não superado e, por isso mesmo, compete a êle deixar registrado, em conferências e em livros, tudo o que a sua

(*) Apresentado na Sociedade Médica São Lucas em 8 de novembro de 1956.

longa e iluminada experiência conseguiu em favor da solução de alguns problemas da cirurgia gástrica.

Visitando alguns dos principais centros cirúrgicos dos Estados Unidos, tivemos, mais uma vez, a oportunidade de verificar a justeza da assertiva de que a cirurgia gástrica brasileira não perdeu a sua situação de vanguarda, pois os avanços que registou antes de se tornar resseccionista a cirurgia norte-americana servem de base para as linhas gerais da orientação geralmente seguida no grande país do norte do Continente. Em questão de detalhes de técnica, porém, as nossas vantagens são manifestas, dando maior segurança e, até, maior elegância ao ato cirúrgico.

Assim sendo, há justificativas para a atitude dos nossos companheiros de excursão, ao se recusarem a voltar ao hospital de uma reputada Universidade depois de ter assistido uma gastrectomia que se arrastou por longos minutos em um caso de extrema simplicidade. É verdade que nesse dia não estavam operando os catedráticos, mas todos sabem que, entre nós, a cirurgia gástrica é manipulada com habilidade por médicos novos que não têm ainda a experiência dos residentes norte-americanos. Às vezes, nas mãos de indivíduos de reputação internacional vamos encontrar métodos antiquados, como o uso de pinças de von Petz para fechar a brecha do estômago, ou o emprego do termocautério para a secção de tecidos.

Mas tivemos a satisfação de observar que em Washington, New Orleans, Los Angeles, São Francisco, Rochester e Boston, nos mais conhecidos serviços desses grandes centros, a orientação seguida para o tratamento da úlcera consiste na ressecção ampla seguida de gastrojejunosomia. A vagotomia é uma simples operação complementar para determinados casos. Em trabalhos recentes, Ordahl, Ross e Baker assinalam que, em virtude do crescido número de úlcera posoperatória com a técnica de Billroth I, acham que ela não deve ser usada nos casos de úlcera duodenal, mas que deve ser utilizada para o tratamento da úlcera gástrica. Esse ponto de vista vem corroborar com as conclusões a que chegamos no estudo da localização das úlceras do estômago e do duodeno apresentado ao III Congresso Mexicano de Medicina, dedicado a Gastroenterologia e Nutrição, em novembro de 1948. Mostrámos, então, a influência da ação traumática do bolo alimentar, projetado em determinado ponto por discinesia esfinteriana ou por hipercinesia descontrolada do segmento motor do estômago, em que tomam parte o sistema nervoso e o sistema secretório. Ora, a gastroduodenostomia deixa in situ o ponto vulnerável sujeito ao bombardeio de um estômago muita vez ainda possuidor de atividade cinética. É por isso que os autores assinalam com relativa frequência o aparecimento de úlcera posoperatória nos operados pelo processo Billroth I. Lowdon registou 3 casos em 122 operados. Harkins e colaboradores assinalaram 1,3% de recorrência, sem contar alguns casos em que havia sintomatologia suspeita mas em que não se positivou o diagnóstico. Na Austria,

Oppozler acusa uma incidência de 0,9 a 3,5% de úlcera posoperatória com a Billroth I. Incidência bem menor, abaixo de 1%, obtemos com a técnica da gastrojejunostomia posressecção.

Além da úlcera posoperatória, a técnica à Billroth I expõe à possibilidade de estenose, conforme registou Diego Zavaleta em 3 casos e Garcia Barón em 2, e não exclue a desagradável superveniência do estado posprandial denominado "dumping", pois que Harkis e colaboradores o registaram em nada menos de 34% dos seus casos, sendo que dois pacientes ficaram incapacitados para o trabalho.

A mortalidade operatória também não é menor do que a apresentada pelos processos derivados do Billroth II, pois Garcia Barón que já fizera cerca de 2.500 gastrectomias pela Billroth I, na última série de casos, sem dúvida a melhor, registou 2,2% de mortalidade, o que não é inferior à mortalidade observada entre nós pelos cirurgões experimentados da escola de Montenegro.

Essas considerações servem para justificar o acerto da orientação mais seguida hoje em dia nos Estados Unidos, tomada à custa dos sacrifícios da própria experimentação, sem ter levado em conta os progressos anteriormente registados no Brasil. É sabido que só lá por volta de 1935 é que a ressecção gástrica passou a predominar nas mais adiantadas clínicas norte-americanas e que só nestes últimos dez anos é que se vulgarizou a conduta resseccionista nas úlceras perforadas em peritонеo livre. Isso já se fazia no Brasil a cerca de 30 anos atrás! Na úlcera gástrica, mais obediente ao tratamento médico, a abstenção hoje é a exceção. Ainda recentemente, em brilhante discussão havida no American College of Gastroenterology, em Washington (outubro de 1954), Owen Wangenstein contou que em 13 doentes seus em que o teste radiográfico mostrara cicatrização de úlcera gástrica, a ressecção evidenciou: cancer em 1, persistência da lesão em 12 e em apenas 1 a desejada cicatrização. Isso reforça a indicação da cirurgia nos ulcerosos gástricos. Nos ulcerosos duodenais também já muita gente intervmem fóra das complicações, contrariando critério até a bem pouco adotado e que limitava a indicação cirúrgica a pouco mais ou menos 15% dos casos. Disso fomos testemunha por várias vèzes, assistindo a intervenções em doentes com lesões mínimas mas sob a justificativa, que nós aqui também aceitamos, de "intratabilidade", isto é: de portadores de úlcera que não obedecem ao tratamento médico ou que não podem fazê-lo ou que, fazendo-o, apresentam sucessivas recorrências dos sintomas.

Quanto a pormenores de técnica, vimos que em geral se faz uma ressecção bastante alta, se fecha o coto duodenal com sutura contínua, se procura extirpar a úlcera, mesmo as da 2.ª porção do duodeno, se faz indiferentemente a anastomose com boca total ou parcial, ante ou retrocólica, alça iso ou anisoperistáltica. Ha cirurgões muito hábeis, como Waugh na Mayo Clinic e Cattell na

Lahey Clinic, mas também há cirurgiões que trabalham sem brilhantismo, embora, no geral, com muito cuidado e segurança. É frequente vêr-se que o operador recorre ao patologista ou aos assistentes para tomar decisão na conduta à seguir e às vezes tem que ceder o lugar a um mais experiente, como sucedeu no Charity de New Orleans durante a nossa visita diante de um caso de úlcera da segunda porção do duodeno, em que se teimava no desnecessário empenho de remover a lesão.

De u'a maneira panorâmica, entretanto, o que se observa é que a cirurgia gástrica se faz geralmente nos moldes da que já se praticava no Brasil à custa dos progressos realizados pela escola de Benedito Montenegro. Os cirurgiões são muito seguros; de regra vagarosos, porque o seu sistema de trabalho não exige pressa; têm número demasiado de auxiliares, no campo operatório, porque existe a preocupação de exercitar os novos; não se preocupam com o gasto e, mesmo, com o desperdício de material operatório, porque as instituições hospitalares são favorecidas com donativos em dinheiro, não só pelos milionários como pelos próprios médicos, que, com isso, logem à elevada taxaço do imposto de renda, na sua forma progressiva. E assim cada hospital é uma escola, cada hospital é um centro de experimentação. Mas, com tudo isso, não conseguiu a cirurgia gástrica norte-americana abrir novos rumos que puzessem por terra aqueles que vinhamos e vimos seguindo no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- J. M. Alcover e Lino Torre: "Cirurgia Digestiva", An. Hosp. Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, XVI, 188, março-abril 1956.
- A. G. R. Lowdon: "Surgical management of un complicated duodenal ulcer", Proc. Royal Soc. Med., Londres, XLIX, 507, agosto 1956.
- Henry N. Harkins e col.: "The Billroth I gastric resection", An., of Surgery, CXL, 405, setembro 1954.
- Diego Zavaleta: "Consideraciones sobre gastrectomia con anastomosis gastro-duodenal", Bol. Soc. Cir. Buenos Aires, XXXVIII, 662, 24 novembro 1954.
- A. Garcia Baron: "El Billroth I en las resecciones por ulcus" Rev. Clin. Espanola, LV, 293, 15 dezembro 1954.
- Owen Wangersteen: "Panel discussion on the management of gastric ulcer", Am. Journ. Gastroenterology, XXIV, 347, Outubro 1955.
- R. Oppozler: "Surgical treatment of postoperative peptic ulcer", Journ. Am. Med. Ass., CLXI, 1406, 4 agosto 1956.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições



Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

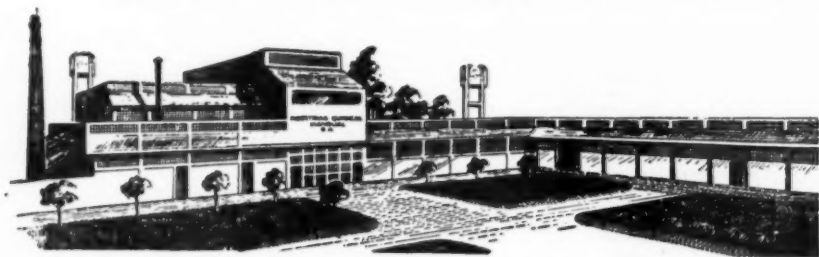
Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal sêco (irradiado)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderço Telegráfico : "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderço Telegráfico : "BAXTER"

A vacina Salk (*)

Dr. HELIO LEMOS LOPES

(Médico em Baurú)

A Poliomielite ou paralisia infantil existe desde a mais remota antiguidade, datando da segunda metade do século dezoito a sua individualização como doença a parte e cabendo a Heine, em 1840, a primazia de descrevê-la sistematizadamente.

As várias epidemias, que se seguiram, foram estudadas com minúcias e o início da era bacteriana propiciou uma série de experiências orientadas no sentido de determinar e isolar o agente causal da moléstia, as quais desalentavam os seus pesquisadores pelos resultados sempre negativos.

Em 1909 Landsteiner e Popper conseguiram infectar macacos com inoculação de uma suspensão de substância nervosa, colhida de um caso mortal de piomielite.

Este primeiro êxito experimental provava ser a poliomielite moléstia infectuosa e, como o seu agente causal não podia ser visto pelos melhores microscópios da época, foi o mesmo classificado como um "virus filtrável", por ser um organismo ultramicroscópico, de natureza ainda discutida, capaz de atravessar as velas de filtros dos laboratórios de pesquisas biológicas. Entretanto, novas dificuldades surgiam, pois o macaco era animal caro, raro e de difícil manuseio e, somente, muito mais tarde, conseguiram infectar camundongos, mas, assim mesmo, só com algumas amostras de "virus", não com todas.

Um outro êxito, conseguido nessa mesma época, a técnica da cultura de tecidos, que consistia na colocação de pequenos fragmentos de tecidos em lâminas de vidro escavadas ou em pequenos frascos, mergulhados em meios nutritivos especiais, para que crescessem com a multiplicação de suas células, veio permitir que os interessados no estudo dos "virus", experimentassem colocar gotas de material virulento sobre o tecido em crescimento nas lâminas

(*) Palestra proferida na reunião-jantar do Rotary Club de Bauru, em 28 de fevereiro de 1957.

escavadas ou pequenos frascos, descobrindo que aí os "virus" se multiplicavam. Porém, o "virus" da poliomielite, apesar desta nova técnica, continuava zombando dos cientistas!

Em seguida, mais um passo, e fazia-se a experiência de colocar a gota de material virulento, através de uma janelinha aberta no ovo de galinha fértil, incubado, sobre os tecidos do incipiente embrião chegando-se à conclusão de que muitos "virus" aí se desenvolviam; infelizmente, porém, o da poliomielite resistia a mais esta cilada!

Eis que Alberto Sabin, cientista inglês radicado nos Estados Unidos, em 1937, obteve a multiplicação do "virus" da poliomielite em culturas de tecido nervoso humano, retirado de embriões. Era uma grande vitória, mas a dificuldade em obter embriões humanos em quantidade que permitisse uma série imensa de culturas, aliada à difícil técnica do método, impediam a sua aplicação prática em laboratórios.

Assim estavam as coisas, quando Thomas Weller, John F. Enders e Frederic C. Robbins anunciavam a cultura do "virus" da poliomielite graças a uma técnica especial, chamada dos "tubos rolados", a qual, apesar de não ser original deles, pois fôra imaginada em 1930 e 1940 por Gey e Gey, do Johns Hopkins, em pesquisas sobre o câncer, é assim descrita pelos seus autores: "De um determinado órgão colhido do homem ou em macaco retiram-se pequeninos fragmentos. Cada um desses pedacinhos, colhido e manejado com toda a cautela, para que não se contamine com micróbios, é colado à parede de um tubo de vidro, pelo lado interno, por meio de um coágulo de plasma, enchendo-se o tubo até certa altura com líquido nutritivo, que em geral consiste em mistura de soro sanguíneo, de água com sal e vários sais, em concentração adequada, e juntamente com um pouco de extrato de embrião de pinto, que tem a capacidade de estimular o crescimento das células. O tubo é então arrolhado e colocado, deitado, dentro de uma espécie de tambor, que vai girando e que se mantém à temperatura do corpo. Enquanto o tambor gira, os fragmentos de tecido e o coágulo de plasma, que os suporta, são banhados pelo líquido nutritivo e expostos à atmosfera úmida do tubo. Em tais condições as células começam a crescer e a penetrar no coágulo, que serve de suporte, e em uma semana o pedacinho de tecido acha-se cercado de um halo penugento, formado de células novas, que nasceram do tecido e que têm vida própria. Essas células novas podem ser facilmente vistas com o microscópio, através da parede do tubo. Se dentro dessas culturas pingarmos material que contenha o "virus" da poliomielite, este entrará a multiplicar-se ativamente nas células recém-nascidas e quando atingir o auge da multiplicação as destruirá. Examinando-se agora a cultura com o microscópio, não mais se verá o halo penugento de que falamos, mas apenas uma porção de resíduos. No líquido, porém, encontraremos abundância de "virus" da poliomielite."

Estes três cientistas, pelas suas beneméritas atividades e preciosos estudos no combate à paralisia infantil, foram contemplados com o Prêmio Nobel de 1954 e determinaram o meio prático de manter o "virus" da poliomielite em laboratório.

A VACINA SALK

O Dr. Jonas Edward Salk, da Universidade Pittsburg, pôsto a serviço da Fundação Norte Americana contra a Paralisia Infantil, partindo dos resultados obtidos por Weller, Enders e Robbins e notando que "o virus da poliomielite cresce, exuberantemente, em células de rim de macaco, espalhando-se abundantemente no líquido nutritivo, quando as células são destruídas, tratou estes virus pelo formol em quantidade bem determinadas". E o que aconteceu? Os "virus" morreram, perdendo assim a sua capacidade de infectar e de produzir a doença quando injetados em animais de laboratório e em pessoas, sem perder, entretanto, a capacidade de provocar, nos organismos injetados, a formação de substâncias específicas de defesa contra a poliomielite. Em outras palavras, produzindo o fenômeno da imunidade: — "residência do organismo, natural ou adquirida, à invasão por um germen ou um parasito ou à ação de um veneno".

O grande trabalho de Salk foi "determinar a maneira de preparar a vacina, como e quando colocar o formol, em que dose, experimental esta vacina no laboratório até convencer-se de sua inocuidade e de sua capacidade de produzir imunidade e, finalmente, a grande experiência em seres humanos".

Utilizou o Dr. Salk na sua vacina, três tipos de "virus" da poliomielite predominantes nos Estados Unidos: tipo I, também chamado Brunhilde; tipo II ou Lansing e tipo III ou Lansing e tipo III ou Leon, pois muitos cientistas, entre eles David Bodian, acham que as inúmeras raças de "virus" existentes podem ser agrupadas nestes três tipos.

O relatório do Dr. Thomas Francis, da Escola de Medicina da Universidade de Michigan assevera que a Vacina Salk "é incrivelmente inofensiva, apenas tendo provocado ligeiras reações em casos muito raros, e mesmo nos casos em que se tenha manifestado a moléstia, a vacina diminuiu a severidade do mal, fornecendo melhores oportunidades de cura completa."

O Dr. Salk demonstrou que os macacos vacinados com a vacina morta resistiam à injeção do "virus" ativo no sangue, mesmo que a vacina estivesse diluída quatro vezes, e, em muitos casos, mesmo depois de ser diluída 266 vezes!

A GRANDE BATALHA DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA DO NORTE

A catastrófica incidência da poliomielite no povo norte-americano e as suas imensas possibilidades econômico-financeiras originaram, de há muito, uma verdadeira cruzada contra este terrível flagelo, que não respeitou a pessoa de um grande e predestinado cidadão americano — Franklin Delano Roosevelt !

Nessa grande batalha os Estados Unidos mobilizaram todos os recursos, não só materiais como sociais, e a Fundação Nacional de Paralisia Infantil, que patrocinou as pesquisas do Dr. Salk, foi criada em 1938, é mantida por doações voluntárias, e tem suas atividades controladas por um escritório Central em New York e por 3.100 agências, abrangendo ao todo mais de 40.000 cidades, vilas e povoados, e ainda estende sua atuação às organizações do Brasil, Cuba, Noruega, Dinamarca, Itália, França, Inglaterra, Bélgica e Israel.

Em 1952, o Dr. Salk aplicou a sua vacina em 637 pessoas, entre crianças e adultos, as quais observadas durante o ano de 1953, não apresentaram qualquer incompatibilidade para com a vacina, nem contraíram a paralisia infantil.

Em face destes resultados, era preciso uma vacinação em massa nos Estados Unidos e nos seus preparativos foi empregada a respeitável soma de 7.500.000 dólares; a vacinação foi confiada à Fundação Norte-Americana Contra a Paralisia Infantil, sob a direção do Dr. Hart Van Riper; prepararam-se 90.000.000 de doses de vacina, em julho de 1953, para serem aplicadas em 1954 e verificados os seus efeitos em 1955, verificação esta entregue à responsabilidade do Centro de Avaliação da Poliomielite, sob a direção do Dr. Thomas Francis, Jr.

Nesta vastíssima experiência — “que foi a maior iniciativa médica até então levada a termo em toda a história da humanidade” 1.830.000 crianças tomaram parte, representando 127 áreas diferentes dos Estados Unidos !

A experiência científica foi feita da seguinte maneira :

- 1) 1.º grupo de 440.000 crianças — recebe a Vacina Salk;
- 2) 2.º grupo de 210.000 crianças — recebe a inoculação de uma substância desprovida de efeito sobre a paralisia infantil, para fins exclusivos de controle e eliminar uma possível influência psíquica aumentando a resistência do mal;
- 3) 3.º grupo de 1.800.000 crianças — não recebe nenhuma inoculação nem remédio, ficando também como grupo de controle.

E, em 12 de abril de 1955, publicaram o seguinte resultado :

A) Do total de 1.830.000 crianças submetidas à experimentação — 1.013 tiveram paralisia infantil, das quais 150 sem confirmação e 363 confirmados.

B) Dos 863 casos de paralisia infantil confirmados :

- a) 57 casos foram atingir crianças do 1.º grupo de 440.000 vacinadas c/ a Vacina Salk, com um único caso de morte na menina Patrícia Redick, de 8 anos de idade, da Cidade de Tulsa, que só tomara duas doses de vacina, uma em abril de 1954 e a segunda em maio, isto já em plena fase da epidemia de poliomielite na sua região, como ficou comprovado ulteriormente; e
- b) praticamente sem mortalidade no grupo de 440.000 crianças vacinadas, a incidência da poliomielite foi de 1,2 para 10.000 ou 0,012%.

Disto se infere ser a Vacina Salk uma conquista notabilíssima no terreno médico-científico, pois, até o momento, não houve nenhuma vacina conhecida que fôsse cem por cento eficaz ou conseguisse, na primeira experimentação, um coeficiente tão elevado de imunidade.

No estado de New York foram vacinadas 450.000 crianças com o seguinte resultado : entre as não vacinadas contraíram a paralisia infantil 21 crianças em cada 100.000, ao passo que nas vacinadas somente 4 para 100.000.

Em Chicago, a proporção de crianças paralisadas pela poliomielite foi de 2 para 100.000 entre as vacinadas e de 32 para 100.000 entre as não imunizadas.

Alexandre Langmuir, do Serviço de Saúde dos Estados Unidos apresentou, depois de estudar os dados obtidos em nove Estados da União e mais a cidade de New York, a conclusão de que a Vacina Salk imunizou 75% das crianças de 5 a 9 anos de idade, vacinadas, em muitos casos, com uma ou duas doses somente do precioso imunizante.

QUAL A SITUAÇÃO DO BRASIL ?

No Brasil existe a paralisia infantil, bem como no Estado de São Paulo, graças a Deus ainda em pequenas epidemias; entretanto, ignoramos, até o presente, quais as raças do "virus" que dominam entre nós, se são os mesmos três tipos dominantes nos Estados Unidos, se o "Coxsack", espécie de "virus" isolado pelos norte-americanos e existente no nosso País, há pouco objeto de uma tese do Prof. Paulo de Gois do Rio de Janeiro, é o nosso principal agente causal da poliomielite indígena e se é sensível à Vacina Salk !

Com a divulgação do grande êxito do Dr. Jonas Salk, movimentaram-se alguns dos nossos setores científicos e político-sociais, e as mais diversas notícias foram veiculadas pela nossa imprensa leiga; porém, passado o entusiasmo, chegamos à realidade dos fatos :

- 1) pela complexidade do método de fabricação exigindo amostras de "virus" cultivadas dos nossos próprios doentes, importação de macacos "Rhesus", técnicos profissionais devidamente habilitados, instalações custosas e altamente especializadas; e
- 2) por estarem os cientistas norte-americanos firmemente convencidos de que, pela atividade excepcional da Vacina Salk, dentro de dois anos serão eliminados ou, pelo menos, reduzidos a cifras insignificantes os surtos de paralisia infantil, do ponto de vista econômico-financeiro seria contraproducente a montagem de novas instalações, cujo custo seria de cerca de 7 milhões de dólares, quando, num futuro próximo, sendo vacinadas tôdas as crianças brasileiras, as nossas necessidades se cingiriam aos nascituros.

A nossa conduta deve ser importar a Vacina Salk e vacinar a população infantil do Brasil, evitando, assim, a disseminação de tão terrível flagelo !

Isto já foi posto em prática, há alguns meses, pelo Prefeito do Distrito Federal Sr. Negrão de Lima, que, num gesto de benemerita compreensão, importou 100.000 frascos de Vacina Salk para imunizar a população infantil carioca.

Estamos informados, ainda, de que os grande laboratórios americanos também radicados em nosso País, como Eli Lilly and Company of Brazil, Inc., que, juntamente com Parke Davis, Wyeth, Pitnam-Moore, Cutter e Squibb, tomaram parte nos trabalhos de Salk, estão, atualmente, em condições de fornecer as vacinas, desde que o Governo Brasileiro dê a respectiva licença de importação, convindo ainda notar que o preço da Vacina Salk devidamente controlado pelas autoridades norte-americanas, segundo informações que me foram fornecidas pelos Laboratórios Lilly de São Paulo, deve ser de 7,50 dólares, o vidro com 9 centímetros cúbicos, incluindo despesas de transporte (CIF São Paulo).

A VACINA SALK E O ROTARY CLUBE DE BAURU

Porque o título desta palestra ? Qual a finalidade de sua apresentação ?

Meus caros Companheiros.

Importar a Vacina Salk, por intermédio dos Laboratórios Lilly de São Paulo e vacinar as crianças de Baurú e da região, à qual serve de capital, é uma empresa ciável, é um serviço à comunidade e é um trabalho rotário por excelência, que será fatalmente realizado

se trabalharmos com entusiasmo, com tenacidade e de acôrdo com um plano previamente estabelecido, todos os Rotarianos de Baurú unanimemente decididos a perpetuar na gratidão do povo bauruense o "CLUBE DE SERVIÇO" a que pertencemos!

O plano a seguir, naturalmente, oferecerá algumas dificuldades que, absolutamente, não serão insuperáveis para rotarianos!

Vejamos :

- 1) O Sr. Arnaldo Maria Lacerda, digno representante de Eli Lilly and Company of Brazil, Inc., para Baurú e sua zona, procurou-me, há dias, e ofereceu-me os seus ofícios e compromisso formal de sua firma comercial de cooperar conôsko na aquisição da Vacina Salk para imunisar a nossa população infantil;
- 2) A Vacina Salk é fornecida em frascos de nove (9) centímetros cúbicos, pelo preço de 5,81 dólares (CIF São Paulo) (ou 5,70 FOB Estados Unidos) e cada frasco dá para vacinar três (3) crianças, pois a vacinação é feita com um centímetro cúbico na primeira dose, quatro (4) semanas depois mais um centímetro cúbico e seis meses depois a terceiro e última dose de um centímetro cúbico, por injeção cub-cutânea.
- 3) Conseguiríamos, por intermédio dos bons ofícios do Rotary International e do nosso Governador Newton Silva, licença do Governo Federal para importar certa quantidade de frascos de Vacina Salk;
- 4) Conseguiríamos, trabalhando num clima de boa vontade, o adiantamento da quantia correspondente ao pedido de importação da Vacina, em dólares, nos Estados Unidos;
- 5) Temos o compromisso da Eli Lilly and Company of Brazil, Inc., aqui representada pelo Sr. Arnaldo Maria Lacerda, de importar para nós o produto e trabalharíamos junto a ambos para conseguirmos uma parte do pedido como cooperação dos Laboratórios Lilly, além do menor preço possível.
- 6) O financiamento dêste plano seria garantido da seguinte forma :
 - a) **Venda das vacinas** — a vacina será vendida a qualquer pessoa ou família de Baurú ou de qualquer outra cidade, que queira vacinar seus filhos, na razão de UM (1) FRASCO DE VACINA PARA CADA FILHO OU FILHA, pelo preço mínimo correspondente ao seu custo, acrescido das despesas indispensáveis a realização dêste plano; como cada frasco de vacina dá para *três crianças*, para cada frasco comprado serão vacinados o dono do frasco e mais duas crianças pobres, devidamente fichadas para êste fim (crianças matriculadas nos Hospitais de Caridade, Postos de Saúde, Creches, Orfanatos, Instituições de Proteção à Infância, etc.); e

- b) **Doações absolutamente espontâneas**, em dinheiro ou de qualquer outra natureza, de quem quiser cooperar com este movimento.
 - c) as vacinas adquiridas com produto de doações ou doadas pelos Laboratórios Lilly serão usadas exclusivamente em crianças reconhecidamente pobres.
- 7) a renda dos dois itens do tópico anterior garantirão o reembolso do *capiatl* adiantado para aquisição das vacinas;
- 8) os Companheiros pertencentes à Classificação Medicina, reunidos em comissão, deverão organizar junto ao Hospital de Baurú, contando com a proverbial boa-vontade do seu ilustre Diretor Dr. Arnaldo Prado Curvello, o Posto de Registro e Vacinação, procurando instituir :
- a) um cartão de matrícula servindo para controle de registro e depagamento ou gratuidade da vacina;
 - b) uma ficha de registro, que ao mesmo tempo servirá de controle científico e econômico-social;
 - c) um livro de registro das vacinações;
 - d) todos os impressos desta campanha de vacinação deverão levar o lembrete :

"ESTE É UM SERVIÇO DE ROTARY PATROCINADO
PELO ROTARY CLUBE DE BAURÚ"

- 9) Os Rotary Clubes do nosso Estado serão convocados a cooperar nessa campanha benemérita :
- a) fazendo propaganda da Vacina Salk por todos os meios ao seu alcance;
 - b) reunindo os membros da sua Classificação Medicina em Comissão para fazer o registro dos candidatos à vacinação, das duas crianças pobres correspondentes, devidamente investigada a sua qualidade de indigência ou incapacidade de adquirir a vacina, receber as importâncias devidas aos pedidos de vacina para o nosso Rotary Clube e proceder a vacinação.

Recebemos, prazerosamente, dos Companheiros, a quem agradecemos antecipada e penhoradamente qualquer sugestão que venha melhorar este plano ou sanar as suas faltas e omissões e esperamos contar com o precioso e indispensável apoio de cada um, única maneira de podermos realizar esta campanha, que tão alto elevará, dentro e fóra das fronteiras do nosso Distrito, o nome do nosso Rotary Clube, por um serviço rotário prestado à comunidade de uma área bauruense.

Campanha do Rotary Club para vacinação contra a poliomielite

Declarações do Dr. LUÍS AUGUSTO RIBEIRO DO VALE

Por iniciativa do Rotary Club de São Paulo-Norte, foi proposta ampla campanha de vacinação contra a poliomielite, em favor de crianças cujos pais não teriam recursos para a importação da vacina Salk. A sugestão, que foi aprovada em reunião dos conselhos diretores dos Rotary Clubes da área metropolitana de São Paulo, alcançou repercussão popular e os planos de vacinação já estão sendo elaborados para execução imediata.

A respeito do assunto, prestou declarações o dr. Luís Augusto Ribeiro do Vale, especialista em pesquisas sobre vírus, do Instituto Butantã, que apóia a iniciativa.

COOPERAÇÃO COM AUTORIDADES SANITÁRIAS

"Acredito — disse o dr. Ribeiro do Vale — que não poderia ter havido melhor sugestão que a apresentada pelo Dr. Nelson A. Pereira, representando o pensamento do Rotary Club de São Paulo-Norte, no sentido de desenvolver esforços com o objetivo de colocar à disposição das autoridades sanitárias do Estado os elementos necessários para a vacinação da população infantil.

"Estive presente à reunião havida entre os srs. Joaquim Nunes Coutinho Cavalcanti, secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, Silvio Puccetti, Nelson A. Pereira, Paulo Combacau, Paulo Pascowitch e Lauro Braga, membros do Rotary Club de São Paulo-Norte, podendo verificar que houve, por parte do secretário de Estado, imediata receptividade em relação a esta iniciativa que, portanto, deverá contar com integral e decisivo apoio do governo estadual.

"Aliás, — acrescentou — é preciso que se diga que mesmo em países muito ricos, como os Estados Unidos da América do Norte, por exemplo, toda a população contribui com recursos materiais para uma campanha de tal envergadura."

A OPORTUNIDADE DA VACINAÇÃO

Em seguida, o Dr. Ribeiro do Vale passou a fazer considerações sobre a oportunidade de tal campanha, em relação aos conhecimentos das autoridades sanitárias do Estado, à incidência de poliomielite em nosso meio e aos seus eventuais processos de expansão.

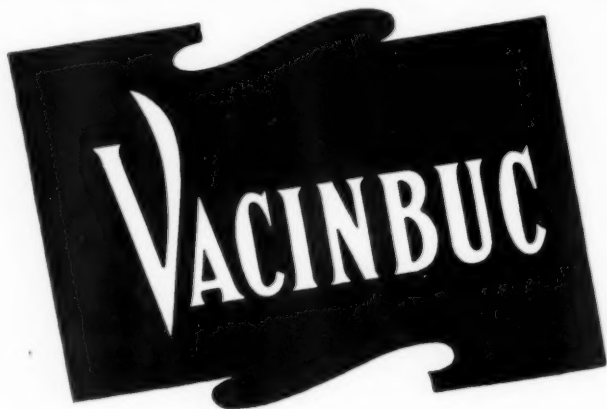
Depois de ter feito diversas observações concernentes às pesquisas sobre a poliomielite em nossa capital, afirmou o especialista que considera muito oportuna a campanha, pois que, embora seja bom o atual estado sanitário, não estados livres de eventuais epidemias. A imunização de nossa população suscetível à moléstia é, a seu ver mais eficiente de que se pode dispor.

COLABORAÇÃO DE OUTRAS INSTITUIÇÕES SOCIAIS

Falando sobre a suficiência do esforço do Rotary para a realização do trabalho proposto, disse o Dr. Ribeiro do Vale, após felicitar aquela entidade pela iniciativa tomada, que, em virtude do objetivo altamente humanitário, deveria haver a participação de todas as instituições de assistência social. Através de organizações apropriadas, todas essas entidades poderiam obter o apoio da população em geral.

EFICÁCIA DA VACINA E RISCOS DE APLICAÇÃO

Esclarecendo sobre a eficácia da vacina e eventuais riscos de sua aplicação, concluiu o Dr. Luís Augusto da Vale: "As experiências rigorosamente controladas, realizadas nos Estados Unidos, no verão de 1954, foram analisadas por uma comissão de peritos internacionalmente conhecidos e demonstraram a eficiência da vacinação tipo Salk. Em grupos mais uniformes, o grau de eficiência foi de pelo menos 80 a 90% para a poliomielite paralytica (60 a 70%) para o tipo I e 80 a 90% para os tipos II e III). Após acidentes que apareceram, em 1955, os métodos de preparo e controle da vacina foram aperfeiçoados, de modo que, atualmente, as vacinas oferecem a segurança própria que todos os produtos biológicos devem apresentar." — Transcrito da "Folha da Manhã", Março de 1957.



Em dosagens eficientes:

**Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
de Glicose em suspensão de paladar agradável.**

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais



LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

ESCRITÓRIO: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — LABORATÓRIO: Rua Copacabana, 15-A
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Rede interna) São Paulo, Brasil.

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0855

SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII — Neurologia e Psiquiatria. |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX — Cirurgia. |
| III — Endocrinologia. | X — Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV — Microbiologia e Higiene. | XI — Oto-rino-laringologia. |
| V — Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII — Oftalmologia. |
| VI — Medicina Geral. | XIII — Dermatologia e Venereologia. |
| VII — Pediatria. | XIV — Radiologia. |
| | XV — Tuberculose. |



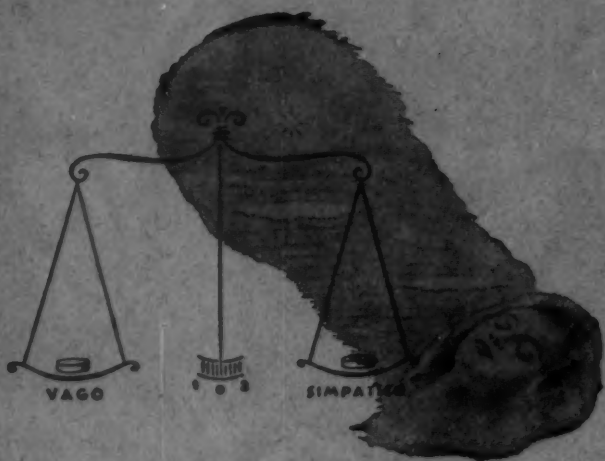
Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT — AMSTERDAM C. — HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A. imprimiu.